Rok XL. Kraków, 27 Kwietnia 1901. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej Ces. wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Sposób działania pilokarpiny na gruczoły.

Podał

Dr. Leon Popielski

docent fizyologii.

(Doniesienie tymczasowe).

Powszechnie wiadomo, że po wprowadzeniu pilokarpiny do krwi wkrótce następuje znaczne wydzielanie się śliny, potu i łez. Nowsze badanie wykazały, że gruczoły, znajdujące się na powierzchni błon śluzowych również pod wpływem pilokarpiny wydzielają śluz, jak to zostało udowodnione na gruczołach śluzowych tchawicy, żołądka i jelit cienkich. Już na pierwszy rzut oka można przekonać się, że gruczoły, położone w warstwach głębokich, zachowują się inaczej. Dokładne badanie Czuryłowa na psach z przewlekłą przetoką żołądkową wykazały, że sok żołądkowy pod wpływem pilokarpiny zupełnie się nie wydziela, a pokazuje się tylko z przetoki żołądkowej płyn alkaliczny, śluz z gruczołów powierzchownych błony śluzowej żołądka. Na wydzielanie się żółci pilokarpina również nie wywiera żadnego wpływu. Przeprowadzając swoje poszukiwania nad czynnością trzustki u kotów, przekonałem się, że wprowadzanie pilokarpiny do krwi tych zwierząt nie wywołuje wydzielania się soku trzustkowego. Wielokrotne doświadczenia w tym kierunku wskazały nam jednakże warunki, przy których możemy otrzymać wydzielinę soku trzustkowego pod wpływem pilokarpiny: Jeżeli istnieje zewnętrzny bodziec, pochodzący z błony śluzowej dwunastnicy i jelit cienkich, pilokarpina pobudza czynność wydzielniczą trzustki. Kwas solny, wprowadzony bezpośrednio do dwunastnicy, posiada swoistą zdolność takiego pobudzania trzustki do czynności. Zatem jeżeli po wprowadzeniu do krwi pilokarpiny wprowadzimy jednocześnie i kwas solny do dwunastnicy, to niezawodnie wywołamy wydzielanie się soku trzustkowego. Doświadczenia nasze wykonaliśmy w następującej formie; najpierw zapomocą wlewania kwasu solnego do dwunastnicy przekonywałem się, czy gruczoł nie daje wydzieliny [1]); następnie wstrzykiwałem do żyły (szyjnej zewn.) 0·005 chlorku pilokarpiny i po pewnym przeciągu czasu wlewałem do jelit cienkich kwas solny; wydzielina występowała w ilości znacznej.

W doświadczeniach następnych korzystałem z naturalnego bodźca, istniejącego podczas trawienia w dwunastnicy, mianowicie z soku żołądkowego, obecność którego wpływa pobudzająco na czynność trzustki. Biorąc do doświadczeń koty nakarmione (na 4—5 godzin przed doświadczeniem), przekonałem się, że wprowadzenie do krwi pilokarpiny pobudza czynność trzustki, naturalnie mniej znaczną, gdyż sok żołądkowy tylko w niewielkich ilościach przedostaje się z żołądka do dwunastnicy. Właśnie w ten sposób należy tłómaczyć sobie doświadczenia Heidenhaina, który wykazał na psach zwiększenie się wydzieliny soku trzustkowego. Również to samo stosuje się i do doświadczeń moich, przeprowadzonych na psach w r. 1896 *(Wracz)*. Badania moje wyjaśniają najzupełniej najnowsze spostrzeżenia Wertheimera *(Comptes rendus de la societé de biologie, 15 Février 1901)*, który zauważył, że pilokarpina działa bardzo niestale u psów na czynność wydzielniczą trzustki: w jednych przypadkach bardzo nieznaczna dawka pilokarpiny sprowadza wydzielinę soku trzustkowego, gdy w innych, nawet bardzo duże dawki pilokarpiny nie wywołują zupełnie wydzielania się soku trzustkowego.

Zatem z doświadczeń moich wynika, że pilokarpina wywołuje czynność gruczołów przy jednoczesnem istnieniu bodźców zewnętrznych. Zachodzi teraz pytanie, w jaki sposób bodziec zewnętrzny, w postaci n. p. kwasu solnego, wprowadzonego do dwunastnicy, może pod wpływem pilokarpiny łatwiej wywołać czynność gruczołu? Możliwe są dwa przypuszczenia: 1) albo pilokarpina usuwa przeszkodę, hamującą w prawidłowych warunkach czynność gruczołu, albo 2) podnosi jego pobudliwość.

Co się tyczy przypuszczenia pierwszego, przekonałem się, że nerwy hamujące [1]) (które, jak to wykazałem, przebiegają u kotów, jak u psów, w nerwie błędnym) nie porażają się, albowiem podrażnienie nerwów błędnych prowadzi za sobą i przy wprowadzeniu do krwi pilokarpiny zatrzymanie wydzieliny soku trzustkowego. Jeżeli będziemy z małemi przerwami drażnić przez czas dłuższy w jednem miejscu nerw błędny w jego przebiegu przez jamę klatki piersiowej, to działanie nerwów hamujących ustaje i utrzymuje się tylko działanie nerwów wydzielniczych; przez długie bowiem drażnienie słabną nerwy hamujące, jako delikatniejsze; wystarczy jednak przenieść elektrody na inne miejsce nerwu, aby hamowanie wystąpiło w sposób zwykły. Otóż zapomocą podobnych doświadczeń przekonałem się, że pilokarpina nie usuwa hamowania. To samo stwierdziłem i na psach.

A więc pierwsze przypuszczenie nie ma podstawy. Po-

[1]) Co, wogóle mówiąc, rzadko się zdarza. Należy wykonywać wiele doświadczeń na kotach, przeważnie głodnych, aby natrafić na podobny fakt.

[1]) O nerwach hamujących patrz: 1) moją rozprawę na stopień doktora medycyny: „O sekretorno-zadjerziwajuszczych nierwach“. 1896. 2) „Centralblatt f. Physiologie“: Ueber Hemmungsnerven des Pancreas. 1896.

zostaje zatem drugie, to jest, że pilokarpina podnosi pobudliwość czynnościową gruczołu. Na tem jednak twierdzeniu analiza fizyologiczna nie może poprzestać. Zupełnie uzasadnionem staje się pytanie, które właściwie części gruczołu ulegają wpływowi pilokarpiny? Czy pod jej wpływem wzmaga się pobudliwość samych komórek gruczołowych, czy też zakończeń nerwów wydzielniczych? Gdyby pilokarpina działała na same komórki gruczołowe, w takim razie mikroskop powinienby wykazać te zmiany, które cechują stan czynny gruczołu, a to nie zostało do tej pory stwierdzone. Z drugiej zaś strony działając na samą komórkę gruczołową pilokarpina mogłaby podnieść pobudliwość do stopnia, w którym gruczoł mógłby działać i bez zewnętrznej podniety, czego jednak nie dostrzegliśmy. Wreszcie zachowanie się pilokarpiny względem atropiny wskazuje, że według wszelkiego prawdopodobieństwa pilokarpina podnosi pobudliwość zakończeń nerwów wydzielniczych. Jeżeli nerwy wydzielnicze trzustki drażnić będziemy przed i po wprowadzeniu do krwi pilokarpiny, to okazuje się, że wydzielina soku trzustkowego przy pilokarpinie odbywa się dwa lub trzy razy energiczniej, niż bez pilokarpiny.

Z porządku rzeczy nasuwa się pytanie, dlaczego gruczoły powierzchowne (ślinianki, potowe, śluzowe) tak łatwo przechodzą w stan czynny pod wpływem pilokarpiny, a z drugiej strony, dlaczego tak trudno wywołać czynność gruczołów głęboko położonych? Na pytanie to nietrudno odpowiedzieć. Dla gruczołów powierzchownych istnieje cały szereg bodźców, działających bez ustanku prawie. Tak n. p. ślinianki prawie wciąż ulegają najróżnorodniejszym bodźcom ze strony błony śluzowej jamy ustnej, jak obecność pokarmów, wysychanie i t. d. Dosyć jest więc podnieść przez pilokarpinę pobudliwość ślinianek, aby istniejące w jamie ustnej bodźce, nawet bardzo nieznaczne, wywołały w nich energię czynnościową. To samo rozumowanie zastósować można i do innych gruczołów powierzchownych. Inaczej się ma rzecz z gruczołami głębokimi, n. p. z trzustką. Gruczoły te wogóle są trudno pobudliwe do czynności: tu istnieją bodźce specyalne, wogóle ściśle nieokreślone. O ile łatwo jest osiągnąć czynność gruczołów powierzchownych, że się tak wyrazimy, przy najmniejszem ich dotknięciu, o tyle trudno wprowadzić w stan czynny gruczoły głęboko położone: pierwsze mają tylko w słabym stopniu rozwinięty nerwowy mechanizm hamujący, gdy tymczasem drugie posiadają go w wysokim stopniu.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

1. Wstęp. — Jądra, — Spermina.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Rzecz jednak sama, jako taka, nie minęła bez echa. Myśl pierwotną, rzuconą przez Brown Séquarda, a wypaczoną przez brak rozumnej i krytycznej pracy, podjął chemik rosyjski Aleksander Poehl i przyznać trzeba, że podjął ją z całą rozwagą, na drodze dobrze obmyślanych ścisłych badań starał się rozwinąć i uzasadnić teoretyczne rozumowanie.

Powstało ztąd nowe pojęcie w organoterapii — spermina, nazwana, dla odróżnienia od innych przetworów tej samej nazwy, sperminą Poehla[22]). Przetworem czystym, o stałym składzie chemicznym pragnął Poehl zastąpić zawiesinę jądrową Brown Séquarda, mięszaninę różnych połączeń, trudną przytem do wyjałowienia.

Punktem wyjścia dla całego szeregu badań rosyjskiego chemika był rozbiór[23]) tej zawiesiny i odnalezienie w niej zasady organicznej, wykrytej w nasieniu przez Schreinera jeszcze w r. 1878, a stanowiącej część składową znanych kryształów Böttchera. To właśnie owa spermina. Upatrując w niej ciało działające w płynie Brown Séquarda i hołdując w zasadzie tym samym zapatrywaniom dynamo-biologicznym, które wyznawał francuski fizyolog, poszedł Poehl dalej w swych poszukiwaniach i stwierdził obecność sperminy w wielu narządach: w jądrach, w gruczole tarczykowym, w jajnikach, w śledzionie, w trzustce, we krwi, a z wszelkiem prawdopodobieństwem także w wątrobie i w istocie mózgowej. Wnosił z tego, że spermina krąży w całym ustroju, że w warunkach fizyologicznych wywiera wpływ na najważniejsze sprawy biologiczne, jest tym przyrodzonym zaczynem, o którym mówił i pisał Brown Séquard. W tem przypuszczeniu oddał Poehl[24]) sperminę w ręce fizyologa profesora Tarchanowa i w ręce rosyjskich lekarzy. Doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia na chorych miały z jednej strony, łącznie z badaniami chemicznemi, dostarczyć dowodów na poparcie wyrozumowanych zapatrywań, z drugiej stanowić pomost dla terapii sperminowej.

Pierwsze próby wypadły dodatnio. Tarchanow[25]) doświadczając na zwierzętach, stwierdził jako rzecz najważniejszą, że pod wpływem wstrzykiwań sperminy zwiększa się pobudliwość względnie odporność ośrodków nerwowych. Dowodzi tego między innemi zachowanie się zwierząt, zatruwanych strychniną lub chloroformem przy równoczesnem wstrzykiwaniu sperminy. W pierwszym przypadku znosiły żaby bardzo znaczne dawki strychniny, wprowadzonej wraz ze sperminą do worka limfatycznego, nie dostawały napadów tężcowych, występujących po takiej samej dawce strychniny u żab, użytych do doświadczeń porównawczych. W drugim przypadku spostrzegano, że zwierzęta opierały się dłużej usypiającemu działaniu chloroformu, znosiły większe dawki, okazywały mniejsze zaburzenia w czynności serca. Stwierdził także Tarchanow, że z pośród szczeniąt tego samego pomiotu rozwijały się szybciej zwierzęta, którym przez pewien przeciąg czasu wstrzykiwano sperminę. Zestawiając ostateczne wyniki swych doświadczeń, mógł Tarchanow podnieść, że przetwór Poehla zasługuje na wszelką uwagę, tak ze stanowiska biologicznego, jakoteż lekarskiego.

Z pośród lekarzy rosyjskich dość wielu stosowało sperminę u chorych i zawiadamiało Poehla o swych spostrze-

[22]) Poehl: Weitere Mittheilungen über Spermin. »Berl. klin. Wochschft.« 1891. S. 956.

[23]) Poehl: Der Nachweis des Spermins in verschiedenen Drüsen des thierischen Organismus. und die chemische Zusammensetzung des Brown-Séquard'schen Heilmittels »Deut. med. Wochschft.« 1892. S. 1125. (W artykule tym są przytoczone wszystkie dawniejsze chemiczne prace Poehla, odnoszące się do sperminy).

[24]) Poehl: Spermin. ein neues Stimulans. »Petersb. med. Wochenschrift«. 1890. Nr. 31. (Ref. w »Centrblt. f. inn. Med.« 1891. S. 303).

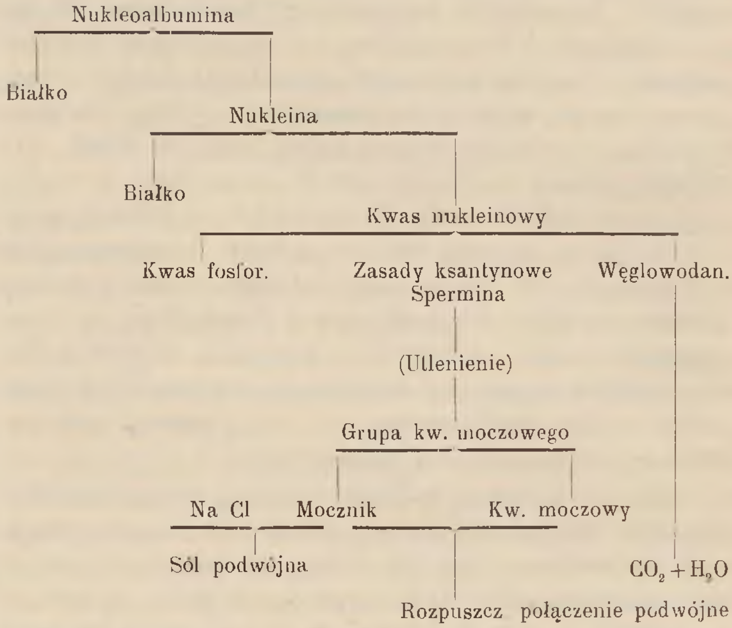
[25]) Tarchanow: Über die Wirkung des Sperminum hydrochloricum auf den thierischen Organismus. »Berl. klin. Wochsch.« 1891. S. 989.

żeniach bądź ustnie, bądź pisemnie. Trzej z nich zdali sprawę na posiedzeniu Towarzystwa petersburskiego, odbytem dnia 27 lutego 1891 r.; byli to dr. Schicharew, Weljaminow i Roszczynin. Schicharew[26]) stosował sperminę w dziewiętnastu przypadkach rozmaitych chorób z wynikiem przeważnie zadawalniającym. Streszczając się w swym odczycie, twierdzi o tym przetworze: 1) że jest energicznym środkiem podniecającym dla układu nerwowego, a prawdopodobnie także dla wszystkich innych tkanek, 2) że podnosi siłę mięśniową, 3) że zwiększa parcie krwi. Weljaminow[27]) widział dobre wyniki po wstrzykiwaniach sperminy w kilku przypadkach chirurgicznych, w których obawiał się tak samego uśpienia chloroformowego, jakoteż możliwego następowego jego wpływu. Najciekawsze jest sprawozdanie Roszczynina[28]). W odczycie swoim przytacza on spostrzeżenia ośmiu przypadków. Zajmujące są z tego dwa przypadki moczówki cukrowej, jeden neurastenii, połączonej z ogólnem osłabieniem fizycznem i umysłowem, jeden porażenia połowiczego, dalej przypadek duru, powikłanego z zapaleniem płuc, u chorego wyniszczonego i okazującego objawy zapadu, wreszcie przypadek, w którym, wnosząc z opisu, rozpoznawać należy ciężką postać nerwicy czulnej i ruchowej żołądka. We wszystkich tych spostrzeżeniach nastawała po wstrzykiwaniach sperminy bardzo znaczna poprawa, tem widoczniejsza, że stan chorych miał być istotnie nader ciężki. Oceniając sperminę jako lek, twierdzi o niej Roszczynin, podobnie jak Schicharew, że jest dzielnym środkiem podniecającym dla układu nerwowego, a nadto podnosi jej korzystny wpływ na serce i na sprawę utleniania w ustroju.

Na podstawie powyższych sprawozdań, przedstawionych w Towarzystwie lekarskiem, oraz na podstawie doniesień ustnych i listownych innych lekarzy, zestawił ówczesny przewodniczący Towarzystwa, dr. Wołowski[29]), wszystkie szczegóły, odnoszące się do działania sperminy, i zestawienie to zamieścił w protokółach posiedzeń. W ten sposób nowy przetwór otrzymał jakby rodzaj lekarskiego patentu.

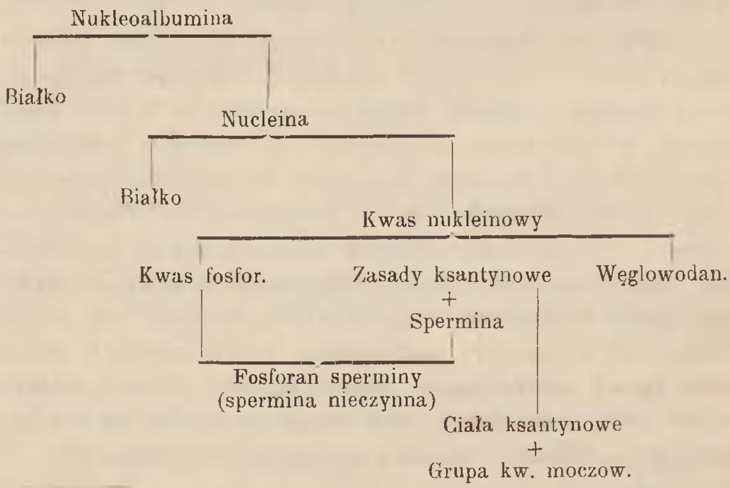
Poehl nie poprzestał na tem, lecz badania swe prowadził dalej; starał się on bliżej określić rolę sperminy w ustroju i dokładnie rozjaśnić jej działanie lecznicze[30]). Nie sposób wchodzić w szczegóły tych badań bardzo licznych i niewątpliwie bardzo pomysłowych, zadowolnić się musimy streszczeniem ostatecznych tylko wyników i poznaniem zasadniczych poglądów Poehla.

Poglądy te przypominają w pewnej mierze bardzo żywo zapatrywania Brown Séquarda na znaczenie jąder i ich wydzieliny. Przypominają je jednak tylko w samem założeniu. Brown Séquard przyjmował, że wydzielina jąder jest tym niezbędnym zaczynem dla ustroju, bez którego niema równowagi w czynnościach fizyologicznych; w jądrach widział właściwy i wyłączny narząd wytwórczy tego zaczynu. Poehl[31]) zajął stanowisko ogólniejsze. Wyszedł z założenia, że spermina jest wytworem ogólnej przemiany pierwiastków, należy do grupy leukomainów, powstałych z rozpadu nukleoalbuminy, że krąży w całym ustroju i mocą wywieranego przez się wpływu dynamo-chemicznego stanowi nader ważny czynnik. W warunkach prawidłowych jest jej zadaniem pośredniczyć w dalszym rozkładzie leukomainów przez wywoływanie żywej sprawy utleniania ich na krańcowe przetwory przemiany materyi, przedewszystkiem na mocznik, w małej części na kwas moczowy. Proces, jaki się wtedy odbywa, uzmysławia Poehl w następującem zeszeregowanem zestawieniu.



Nieodzownym warunkiem naszkicowanego powyżej procesu chemicznego jest należyty stopień zasadowości krwi; wtedy ulega zobojętnieniu kwas fosforowy, występuje na jaw działanie sperminy, sperminy czynnej, jak ją Poehl nazywa.

Jeżeli oddziaływanie zasadowe krwi jest słabe, a w tkankach, jako następstwo patologicznego podrażnienia, obficie nagromadzają się kwasy, wtedy kwas fosforowy łączy się ze sperminą tworząc fosforan sperminy, połączenie nierozpuszczalne, chemicznie dla otoczenia obojętne — spermina nieczynna. A więc przy niedostatecznej alkalescencyi krwi powstaje według Poehla następujący szereg połączeń:



[26]) Schicharew: Einige Beobachtungen über die Wirkung des Sperminum-Poehl auf Kranke. Ibidem. S. 991.

[27]) Weljaminow: Einige Worte über die Anwendung des Sperminum Poehl in der Chirurgie. Ibidem. S. 993.

[28]) Roszczynin: Sperminum Poehl als Heilmittel. »Berl. klin. Wochschft.« 1891. S. 1054.

[29]) Wołowski: Resumé aus den Berichten über die Anwendung des Sperminum Poehl als Heilmittel. »Berl. klin. Wochschft.« 1891. S. 1056.

[30]) Poehl: Zur Erklärung der Wirkung des Sperminus als physiologisches Tonicum auf die Autointoxicationen. »Berl. klin. Wochenschrift«. 1893. S. 873.

[31]) Poehl: Einwirkung des Spermins auf den Stoffumsatz bei Antointoxicationen im Allgemeinen und bei harnsauren Diatbese im Speciellen. »Zeitschrift f kl. Med.« XXVI. S. 135.

Tworząc swą teoryę o sposobie działania sperminy, opierał się Poehl w pierwszym rzędzie na zjawisku chemicznem utleniania metalicznego magnu w rozczynie chlorków metalów wobec sperminy, przyczem wywiązywała się cechująca woń nasienia; do wywołania tego procesu wystarczały minimalne ilości Schreinerowskiej zasady. W podobny sposób działała spermina na krew, pozbawioną zdolności utleniania, n. p. przez zatrucie chloroformowe, strychninowe, przez wystawienie jej na dłuższe działanie powietrza i t. d. Dalszych dowodów dostarczały doświadczenia Tarchanowa, o których wspominaliśmy już wyżej i spostrzeżenia lekarskie, stwierdzające wpływ korzystny wstrzykiwań sperminy w tych chorobach, które, zdaniem Poehla, uważać należy za bezpośrednie następstwo niedostatecznego utleniania niektórych wytworów przemiany pierwiastków — leukomainów, — a więc w stanach samozatrucia ustroju. Przypadków takich, zebranych przeważnie z rosyjskiej literatury lekarskiej, znalazła się wcale pokaźna liczba. W chwili, gdy Poehl podawał całokształt swych zapatrywań, korzystać mógł z pracy Bubisa[32]), Paczenki[33]), z których zestawił statystykę przeszło 180 przypadków, rozmieszczonych w 7 grupach. W grupie 1-szej zestawione mamy choroby nerwowe, w 2-giej przypadki kiły i chorób skóry, w 3-ciej cukrzycy, w 4-tej choroby płuc z gruźlicą na czele i choroby serca, w grupie 5-tej dur brzuszny, zboczenia odżywcze, gnilec, w 6-tej zanik starczy, w 7-mej i ostatniej zatrucia, zwłaszcza zatrucie chloroformowe.

Że pod wpływem leczenia sperminą ożywia się utlenianie śródtkaninowe i zmniejsza ilość leukomainów, świadczyć ma wzajemny stosunek całkowitej ilości azotu w moczu i azotu mocznika. O ile współczynnik zbliża się bardziej do jednostki, czyli im wyższa jest ilość odsetkowa azotu mocznika, tem dokładniejsze utlenianie. W warunkach prawidłowych wynosi ilość N mocznika 92—97·6%, w warunkach nieprawidłowych średnio między 80—90%, niekiedy spadać może nawet do 65%. W takich razach sprowadzać ma spermina widoczne wyrównywanie się stosunków i mniej lub więcej znaczny wzrost ilości azotu mocznika.

Podobne znaczenie przypisuje Poehl także stosunkowi ilości mocznika do ilości chlorków, który w warunkach prawidłowych ma się jak 2 : 1, a który zmienia się na niekorzyść chloru w stanach chorobowych; pod wpływem sperminy wracać mają warunki prawidłowe.

Wreszcie dopatruje Poehl miary dla stopnia utlenienia w ustroju i dla stopnia zasadowości krwi w współczynniku Zernera (stosunek kwasu moczowego do kwasu fosforowego w fosforanach obojętnych) i w stosunku fosforanów kwaśnych do fosforanów obojętnych. Im mniejszą liczbą wyraża się współczynnik Zernera, im więcej fosforanów obojętnych, tem utlenianie dokładniejsze, zasadowość krwi wyższa, tem mniej leukomainów w tkankach i moczu; im większa liczba stosunkowa współczynnika Zernera, im więcej fosforanów kwaśnych, tem rychlej wnosić można o niedodokładności utleniania, o niedostatecznym stopniu zasadowości krwi, przyjmować, że w ustroju gromadzą się w większej ilości pośrednie wytwory przemian istot azotowych.

[32]) Bubis. Cyt. według Poehla. »Zeitschrift für klinische Med.« T. 26. L. c.

[33]) Paczenko. Ibidem.

Nietylko jednak te choroby stanowią podatny materyał dla leczenia sperminą, które Poehl pojmuje wprost jako wyraz samozatrucia; jest ono wskazane i wtedy, gdy zatrucie ustroju jest dalszem następstwem choroby, następstwem zakażenia. W ocenianiu sperminy w takich przypadkach wkracza Poehl w zajmującą sprawę samoochrony ustroju i w sprawę sztucznego uodporniania[34]). Pierwiastków uodporniających szuka, jak wielu zresztą badaczy, w ciałkach białych krwi. Przez rozpad tych tworów uwalniają się bliżej nieznane związki — aleksyny, — krążą w ustroju, a surowicy krwi i tkankom nadają własności bakteryobójcze, względnie zdolność zobojętniania wytworzonych toksyn. W sprawie tej pośredniczy spermina. Jest do pewnego stopnia czynnikiem samoochronnym w warunkach prawidłowych; w stanach patologicznych wspierać i podniecać może samozachowawcze dążności ustroju, wywołuje leukolizę i hiperleukocytozę, wpływa na uwolnienie większej ilości antitoksyn, względnie aglutyninów, podnosi zasadowość krwi, a nawet, jak Poehl wnosi ze swych doświadczeń z hodowlami przecinków cholerycznych Kocha[35]), działa także bezpośrednio na drobnoustroje.

Ostatecznie więc streszcza się cała teorya Poehla w przypuszczeniu, że zasadniczemi podstawami prawidłowego życia ustroju i zdrowej równowagi jest należyty stopień zasadowości krwi i należyta miara zdolności utlenienia tkanin; sprowadzenie zniszczonej równowagi w jednym i drugim kierunku w wielu chorobach jest zadaniem leczenia.

Wywody Poehla, którym nie sposób odmówić pomysłowości i oryginalności, a w pewnym stopniu nawet rzeczywistych podstaw, obudziły w swoim czasie dość żywe zajęcie[36]) poruszonym przez niego przedmiotem, a to tem bardziej, że z zapatrywaniami swojemi starał się zaznajamiać możliwie najszersze koła, bądź to przez publikacye w pismach lekarskich, bądź przez wykłady w czasie zjazdów lekarskich i posiedzeń towarzystw naukowych. W Berlinie dał sposobność do bezpośredniej wymiany zdań w Towarzystwie internistów, gdzie wystąpił z odczytem[37]) w r. 1895. W rozprawach[38]) nad nim panował ton zupełnie inny, aniżeli w omawianiu publikacyi Brown Séquarda i brownséquardyny; a najlepszym dowodem, że sprawy sperminy nie lekceważono, były przemówienia najwybitniejszych lekarzy berlińskich, jak Senatora, Goldscheidera, Ewalda, Bagińskyego i in., którzy prawie jednogłośnie oceniali ją, jako rzecz godną uwagi i zastanowienia, wskazując równocześnie na potrzebę dalszych badań i spostrzeżeń.

Z prac niemieckich lekarzy, których żadną miarą o szczególne względy dla Poehla i jego zapatrywań pomawiać nie można, dwie zwłaszcza, jako ważne dla teoryi

[34]) Poehl: Die Immunitäts- und Immunisationstheorien vom biologisch-chemischen Standpunkte betrachtet. »Deutsche med. Wochenschrift« 1895, S. 88.

[35]) Poehl: Die Einwirkung des Spermins auf die biologischen Eigenschaften der Cholerabacillen. »Deutsche med. Wochschft. 1892, S. 1128.

[36]) Literaturę sperminy zob.: G. Bubis. Was weiss man über Spermin. »Therap. Monatshefte« 1896, S. 22.

[37]) Poehl: Zur physiologischen Chemie der Gewebstherapie im Allgemeinen und der Spermintherapie im Speciellen. »Deutsche med. Wochschft.« 1895, S 475.

[38]) Por.: »Deutsche med. Wochschft.« 1895 Vereinsbeilage, S. 131.

działania sperminy, zaznaczyć należy. Obie dokonane zostały przez Loevyego i Richtera. W jednej [39]) z nich stwierdzić mogli wspomniani autorowie wpływ korzystny sperminy na przebieg zakażenia ziarniakami zapalenia płuc u królików, w drugiej [40]), na którą powoływał się Senator [41]) zabierając głos nad odczytem Poehla [42]), wykazać mogli namacalnie, że spermina istotnie działa na skład krwi, wywołuje bezpośrednią leukopenię i leukolizę z następową hiperleukocytozą i powoduje wzrost zasadowości krwi. Że obie te prace nietylko nie stoją w sprzeczności z zapatrywaniami Poehla, ale że je nawet popierają, aż nadto jest widoczne.

To też mimo niewątpliwych trudności, jakie Poehl miał do zwalczenia już w samych początkach swego wystąpienia, gdzie bronić musiał zasadniczych podstaw swej teoryi o powstawaniu sperminy [43]), mimo pewnych nieporozumień co do samego przetworu, wywołanych istnieniem związku tej samej nazwy (spermina Scheringa), nie mającego ze sperminą nic wspólnego prócz nazwy [44]), mimo wreszcie sceptycyzmu, wywołanego niefortunnemi publikacyami Brown Séquarda i jego zwolenników nie zeszła sprawa sperminy z poziomu naukowego, a jak o tem między innemi świadczy praca Kriegera [45]), znalazła oddźwięk nietylko w kołach rosyjskich lekarzy i nietylko w medycynie praktycznej. A nawet w ostatnich czasach spotykamy publikacye, odnoszące się do działania sperminy, jak opis dwóch przypadków ciężkiej neurastenii podany przez Salamona [46]) z Berlina. Jakkolwiek więc nie można twierdzić o Poehlu, że prace jego doprowadziły do uchwytnych, praktycznych, ściślej biorąc — leczniczych wyników, powszechnie stwierdzonych i uznanych, to jednak nie byłoby rzeczą pożyteczną dla nauki lekceważyć wszystko, co Poehl pisał i mówił, nie wolno czynić tego właśnie w interesie nauki. Bardzo być może, że w tem wszystkiem tkwi jądro prawdy, że prawdę tę uda się odnaleźć, uda się poznać prawa i środki, które utrzymują w równowadze cały misterny mechanizm ustroju ludzkiego i zwierzęcego. Gdy rzecz całą weźmiemy z tego punktu widzenia, przedstawi się we właściwszem świetle nietylko Poehl i jego prace, ale i Brown Séquard w mniej ciemnym wyjdzie kolorycie. Francuski fizyolog przeczuwał jakąś prawdę, — lecz myślom swym nie umiał nadać odpowiedniego kierunku, nie umiał ich oblec we właściwą formę, Poehl jest jej bliższy, nie w samych zapewne szczegółach, ale w ogólnem odczuciu i pojęciu spraw życiowych. Obaj postawili hipotetyczne tylko zasady, ale z hipotez, popartych faktami, uzasadnionych rzeczowymi dowodami, rodzić się mogą istotne przyrodnicze prawdy.

Wystąpienie Poehla i badania, dokonywane ze sperminą, zamykają poniekąd pierwszy okres w rozwoju organoterapii, jako sposobu leczenia i kierunku badań fizyologicznych. Cechuje go dążność podania przyrodzonego środka, wytworu samego ustroju, któryby stanowił dla wszystkich narządów i tkanek w stanach chorobowych bodziec dla samoleczniczych dążności, a któryby w stanach fizyologicznych odgrywał rolę fizyologicznego zaczynu, normującego wszystkie czynności życiowe. Przypomina to mimowoli zasady dawnej patologii, przyjmującej za podstawę bliżej nieokreśloną siłę życiową — *vis vitalis* — przekształcającą się na siłę leczniczą — *vis medicatrix* — w chorobach i leczącą choroby. Nie utrzymał się witalizm w pierwotnej swej postaci, jako nazbyt ogólny; nie zdobyła prawa obywatelstwa z tych samych powodów nauka Brown Séquarda i Poehla. Nie da się wszakże zaprzeczyć, że z obu coś zostało. W odmiennej tylko formie i w innem rozumieniu pojmujemy dziś dawną siłę życiową, inaczej pojmujemy organoterapię w teoryi i w praktyce; nie silimy się o to, aby wykrywać zwierzchni narząd, czy też zwierzchni wytwór ustroju, któryby był ośrodkowym motorem, wprawiającym w ruch i utrzymującym w ruchu podrzędniejsze warsztaty pracy, ale raczej staramy się poznać dokładnie pojedyncze mechanizmy, czynności poszczególnych narządów. To jest obecne zadanie biologii, do którego spełnienia dopomódz może w znacznym stopniu organoterapia. Logicznym wydaje się wniosek, że najpierw odnośne należy posiąść wiadomości, później dopiero można je krytycznie stosować i zużytkować w praktyce. Zasada ta jest obecnie widocznie bardziej przestrzeganą, aniżeli w początkach, niekiedy co prawda dopiero *ex post;* dzięki jej coraz dokładniejsze stają się wiadomości nasze biologiczne, krytyka wskazań leczniczych ściślejsza, organoterapia przestaje być rzeczą przemysłu farmaceutycznego, obliczonego niekiedy na łatwowierność lekarzy i chorych. Biorąc ją z tego punktu widzenia, należy ściśle przeprowadzić rozgraniczenie między rozmaitymi przetworami leczniczymi. Z jednej strony postawić te, które pochodzą z narządów, poznanych nieco dokładniej co do znaczenia biologicznego, z drugiej wszystkie inne, o których krytycznego sądu wypowiadać jeszcze nie możemy. Liczba pierwszych nie jest jeszcze zbyt wielką. Należą do nich przedewszystkiem gruczoł tarczykowy, a dalej nadnercza, jajniki, w części przysadka mózgowa, grasica i zarodkowy szpik kostny.

[39]) Loevy-Richter: Ueber den Einfluss von Fieber und Leukocytose auf den Verlauf von Infectionskrankheiten. „Deutsche med. Wochschft.“ 1895, S. 240.

[40]) Loevy-Richter: Ueber Aenderungen der Blutalkalescenz bei Aenderungen im Verhalten der Leukocytose. »Deutsche med. Wochenschrift« 1896, S. 526.

[41]) Senator: »Deutsche med. Wochschft.« 1895. Vereinsbeilage 131.

[42]) Poehl: »Deutsche med. Wochschft.“ 1895 l. c.

[43]) Por. Poehl: »Deutsche med. Wochschft.« 1892 l. c.

[44]) Por.: Spermin und Piperazidin. „Therap. Monatshefte“ 1891, S. 38, oraz E. Schulze ibidem, S. 244.

[45]) Krieger G. E: Antitoxin and Spermin, and Thier, relation to natural chemism. Medicine 1895, Nr. 7 Ref. »Centrblt. f. inn. Med.« 1896, S. 519.

[46]) M. Salomon: Ueber die Behandlung schwerer Neurasthenien mit Sperminum Poehl. »Berl. klin. Wochschft.“ 1899. Nr. 34.

III. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

Kiedy się podjąłem wypracowania referatu o sztucznem karmieniu noworodków, nie przypuszczałem bynajmniej, że temat ten tyle nastręczy trudności przy dążeniu do jednolitego opracowania, na które w rzeczywistości napotkałem. Z góry zaznaczyć muszę, że nie przypuszczałem, ażebym po

dokładnem przestudyowaniu tego przedmiotu [1]) był w stanie dać wyczerpującą odpowiedź w kierunku dodatnim, ale głównie staraniem mojem było, ażeby po przedstawieniu badań ostatniego dziesiątka lat wyciągnąć pewne ogólne i ze stanowiska lekarza praktycznego ważne wnioski. Nie należę bowiem do pedyatrów, którzy omawiając sztuczne karmienie noworodków uważają sprawę za załatwioną, podczas gdy ogłaszane przez nich wyniki zadają kłam temu mniemaniu. Studyując bowiem piśmiennictwo ostatnich dziesięciu lat dochodzimy do przekonania, że sprawa ta jest nader zawikłaną, że panuje w niej zamięszanie chaotyczne i że w okresie czasu, przezemnie opracowanym, sprawy tej zbytnio naprzód nie posunięto. Słuszną też czyni uwagę Czerny, że w wydawaniu sądu o ogłaszanych sposobach karmienia i o nowych przetworach nie jesteśmy dosyć oględni, a przy jednym lub drugim korzystnym wyniku badania z zapałem zalecamy za najlepszą tę lub ową metodę sztucznego karmienia, a sprawozdania, ogłaszane w czasopismach fachowych, dostają się przez dzienniki do rąk szerszej publiczności, która naturalnie bez krytycznego rozbioru sama środki te dalej stosuje. Przez nieoględne tedy publikacye przynosimy społeczeństwu więcej szkody, niż korzyści. Przytem nie zwracano w publikacyach uwagi na odróżnienie dzieci zdrowych od chorych i o ile pokarm więcej lub mniej korzystnie wpływa na dzieci zdrowe lub chore.

Łatwo zrozumieć dlaczego sprawa sztucznego karmienia noworodków tak żywo zajmuje ogół lekarski i nie schodzi z rozpraw zarówno w pismach zawodowych, jak i niezawodowych, jeżeli się przypatrzymy bliżej publikacyom bodaj ostatnich lat, dotyczącym statystyki śmiertelności noworodków; nierzadko spotykamy się też obecnie z wyrazem „Ernährungskrankheiten", wskazującym na nieodpowiednie karmienie, jako jedyne źródło śmiertelności w tych przypadkach. I tak Wolff przypisuje chorobom tym śmiertelność $61^0/_0$. Przodują w tym względzie wielkie miasta, jak Berlin, gdzie w roku 1885 zmarło trzy razy tyle dzieci, karmionych sztucznie, niż karmionych piersią matek (Böckh). Cała groza tego sposobu karmienia objawia się, jeżeli weźmiemy pod uwagę statystykę Caspera, który oblicza śmiertelność dzieci w wieku od 0—5 lat w domach książęcych i hrabiowskich na $57^0/_{00}$, podczas gdy w proletaryacie umiera $357^0/_{00}$. W Preston z końcem pierwszego roku życia ze stu dzieci Gentry zostaje przy życiu 90, w warstwach handlowych 79, a w robotniczych 68. Ze stosunki pod tym względem się nie poprawiły, wskazuje wzrost śmiertelności w państwach europejskich z $188.3^0/_{00}$ na $194.5^0/_{00}$; jakkolwiek Bergeron, Bertillon i Marjolin domagają się obniżenia śmiertelności do $92^0/_{00}$, uważając tę liczbę za idealną, to jednak śmiertelność nawet w wyższych warstwach społeczeństwa francuzkiego i angielskiego jest wyższa, a jedynie osiągnięto ją w szwedzkiej prowincyi Jemtlandyi. W innych okolicach, jak u. p. Loire inferieure, znajdujemy atoli śmiertelność $900^0/_{00}$ w pierwszym roku życia. Wynikiem bardzo mozolnej pracy jest tablica śmiertelności, zestawiona przez Erössa, dotycząca pojedyńczych państw, okresów czasu i wieku dzieci: *(Patrz tablica)*

Nie mogę przytem pominąć milczeniem pracy Biederta, w której on zaznacza, że śmiertelność w pierwszym okresie po urodzeniu nie wszędzie jest jednaka, że zależy ona od pewnych warunków ogólnych, a mianowicie od stosunków ekonomicznych, jak drożyzna, zajęcie matki (w fabryce, w polu) i t. p. Niemniej stan ślubny lub nieślubny, oświata (porównanie Francyi ze Szwecyą), klimat, rasa i t. p. wywierają wpływ na stopień śmiertelności. Baldini wyraża żal, że w Rzymskim domu podrzutków z 2—3000 podrzutków zaledwie kilkaset przebyło pierwszy rok życia.

Zanim przystąpię do omówienia pojedyńczych sposobów sztucznego karmienia, muszę poczynić pewne uwagi wstępne. Na Zjeździe w Moskwie przedstawił Pfaundler wyniki swych skrzętnych badań nad objętością żołądka dziecięcego, przedstawiając 70 przypadków w wieku do ośmiu lat, badanych pod względem objętości, rozciągliwości i rozmiarów odźwiernika, a z wyników otrzymanych obliczał przeciętną. Przy badaniu pojemności zważał P. na ciśnienie wewnętrzne i na stan kurczliwości ściany; dotychczas na to nie zwracano uwagi i dlatego są tak znaczne różnice w rozmiarach objętości. Wynikiem badań w tym kierunku było przekonanie się, że żołądek osesków, karmionych piersią matek, jest przeciętnie mniejszy, aniżeli u dzieci, karmionych sztucznie. Prawdziwa pojemność żołądków zdrowych jest przeciętnie znacznie mniejsza od pojemności żołądków, dotkniętych chorobami czynnościowemi lub anatomicznemi i jest zależna od rozciągliwości i elastyczności ścian. Przy wązkim odźwierniku objętość jest znaczna, przy szerokim mniejsza. (c. d. n.)

[1]) O ile mi piśmiennictwo było dostępne.

Państwa i okresy czasu	Z żywo urodzonych zmarły w wieku od			Ze wszystkich przypadków śmierci zmarły w odsetkach		
	0—1 mies.	0—6 mies.	0—1 roku ż.	0—1 mies.	0—6 mies.	0—1 roku ż.
Szwecya 1881—1890	3,2	6.9	9,7	5.9	12,5	17.6
Szkocya 1885—1890	—	8,1	12.0	—	13,5	21,5
Prusy 1886—1892	6,5	15,1	20.7	10.3	25,3	34,3
Anglia 1888—1891	—	9.9	14,5	—	16,3	23,8
Belgia 1888—1891	4,5	11.5	15.9	6.2	18,3	23.8
Francya 1885—1890	6.1	12.6	16.5	6.4	13,3	17,4
Holandya { 1880—1882 / 1885—1887 }	3,8	12,9	17,9	6,2	21,2	29,3
Węgry 1883—1897	8.4	16,4	21.2	11,3	22,7	29,2
Austrya 1886—1887	9,8	18.2	24,6	12,8	24,6	32.2
Saksonia 1890—1892	7,0	—	27.6	16.4	—	43,5
Ogólna suma	6,40	13,93	18,46	9,05	18,63	27,20

IV. *Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy.*

Przez **Dra Zygmunta Wąsowicza**, *b. asystenta kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.*

(Ciąg dalszy).

4. Kąpiele borowinowe. Borowina krynicka jest torfem, wytrawionym przez szczawę żelazistą, która rozlewa się obficie na całej przestrzeni pokładów, dostarczających ziemi borowinowej. Przetworem leczniczym staje się ona dopiero po wystawieniu jej przez czas dłuższy na działanie powietrza, a więc po zwietrzeniu, to jest po utlenieniu się jej części składowych. W następstwie tego składniki borowiny, użytej do kąpieli, mineralne i organiczne nierozpuszczalne, w wodzie się rozpuszczają, podczas czego wywiązują się liczne lotne kwasy organiczne, drażniące skórę, jak kwas mrówczany, octowy i t. d.

Borowina krynicka zawiera według rozbioru dokonanego w roku 1881 przez Krzyżanowskiego:

Składników w wodzie rozpuszczalnych	10·762$^0/_0$
Z tego składników rozpuszcz. organicznych	4·297$^0/_0$
„ „ nieorganicznych	6·466$^0/_0$

Skład borowiny suszonej przy + 100 °C.

Wody od + 100° do + 150 °C	22·955$^0/_0$
kwasu humusowego	20·139$^0/_0$
żywicy, wosku	0·714$^0/_0$
azotu wogóle	1·824$^0/_0$
węgla i innych ciał (C + H)	33·045$^0/_0$
ciał organicznych wogóle	59·013$^0/_0$
ciał nieorganicznych (popiołu)	40·986$^0/_0$

Składniki rozpuszczalne wykazują:

Tlenku potasowego	0·227
» sodowego	0·210
» wapniowego	1·192
» magnowego	0·552
» żelazowego	2·724
» glinowego	3·374
kwasu krzemowego	5·270
» siarkowego	2·791
» fosforowego	0·177

Ciężar gatunkowy: 1·98672 — 2·01912

Pod wpływem działania wody przez czas dłuższy wytwarzają się kwasy organiczne lotne, jak kwas mrówczany i octowy.

W rozbiorze powyższym uderza przedewszystkiem znaczna ilość składników rozpuszczalnych. Jeśli porównamy ją z ilością tychże składników w borowinach zagranicznych najwięcej znanych i cenionych, to zobaczymy, że na 1000 części zawiera:

Borowina krynicka	107·6
» francensbadzka	34·2
» maryenbadzka	28·2
» elsterska	51·2

składników w wodzie rozpuszczalnych, a więc że borowina krynicka pod tym względem przytoczane inne rodzaje znakomicie przewyższa.

Podobnie przewyższa ona je i co do zawartości związków żelaza.

I tak na 1000 części zawiera:

Borowina krynicka niedokwasu żelaza	9·468
» francensbadzka siarkanu żelazowego	3·8
» maryenbadzka » »	7·7
» elsterska » »	5·7

Czynnikami, działającymi w kąpieli borowinowej, są: ciepłota kąpieli, masa kąpieli jako taka, wywiązujące się kwasy lotne i olejki eteryczne i niektóre sole, a zwłaszcza związki żelaza. Kąpiel borowinowa posiada mniejszą pojemność i słabą zdolność przewodnictwa ciepła; kąpiący się jest więc przez czas dłuższy otoczony jednostajną ciepłotą, a ponieważ punkt termicznie obojętny kąpieli borowinowej leży wyżej, niż kąpieli przyrządzonych z wody słodkiej, kąpiący się może w niej znieść łatwiej wyższy stopień ciepłoty.

Ważną charakterystyczną własnością kąpieli borowinowej jest jej masa, która zależnie od ilości użytej borowiny może być półpłynną, średnio-gęstą i gęstą. Własność to czysto fizyczna i dałaby się porównać z pewnego rodzaju mięsieniem przez nacieranie i ucisk i wywiera dość znaczny wpływ na krążenie skórne, a pośrednio i na krążenie w całym ustroju.

Olejki eteryczne, organiczne kwasy lotne, wywiązujące się podczas kąpieli i związki żelaza nie przenikają skóry, ale działają drażniąco przez bezpośrednie się z nią zetknięcie. Najsilniejszy wpływ posiadają jednak sole żelazawe, które działają ściągająco na skórę i na dostępne błony śluzowe, skutkiem czego naczynia zwężają się, a zmniejsza się ilość ich wydzielin tak fizyologicznych, jak i chorobowych. Działanie takie trwa jeszcze dość długi czas po kąpieli. W końcu nadmienić jeszcze należy, że borowina oddziaływa silnie kwaśno i posiada wybitne własności przeciwgnilne.

Kąpiele borowinowe należą więc do kąpieli silnie drażniących skórę. Podrażnienie to można wywołać z jednej strony znacznie podniesioną ciepłotę kąpieli, — z drugiej strony wybitnie zaznacza się wpływ czysto fizyczny składników kąpieli i jej masy na zakończenia nerwów i naczynia włosowate, a pośrednio i na krążenie ogólne.

Wskazania lecznicze dla kąpieli borowinowych krynickich są liczne. I tak polecamy je w różnych nerwobólach, szczególniej gośćcowych, w skazie moczanowej, w porażeniach nerwów obwodowych. Stósować je można jeszcze z korzyścią w stanach chorobowych, w których zależy na ożywieniu krążenia i przyspieszeniu wessalności wytworów chorobowych, jak w sprawach wysiękowych stawów, błon surowiczych, w obrzękach okostnej i kości, gruczołów chłonnych, w zołzach, w obrzękach wątroby i śledziony, zwłaszcza przyrody zimniczej i w całym szeregu chorób kobiecych, jak w białych upławach, w zaburzeniach miesiączkowania, w obrzękach macicy, jajników, w wysiękach i obrzękach tkanki okołomacicznej i okołojajnikowej i w osłabieniu płciowem.

Działanie ściągające czyni je również dobrym środkiem leczniczym w niektórych chorobach skóry, odznaczających się nadmiernem poceniem, lub zwiększonem wydzielaniem wytworów chorobliwych.

Oprócz kąpieli całych są w użyciu kąpiele z borowiny częściowe i okłady miejscowe z gorącej masy borowinowej.

5. Wodoleczenie. Jakkolwiek zabiegi wodolecznicze znane są już oddawna i stósowane w leczeniu różnych stanów chorobowych, to jest to zdobyczą ostatnich lat dziesiątków, że ten sposób leczenia zaliczyć można do rzędu opartych na ścisłej podstawie naukowej. Wodoleczenie nie jest wprawdzie jeszcze umiejętnością i nauką zupełnie skończoną, w przeważnej jednak liczbie przypadków możemy wpływ pewnych zabiegów wodoleczniczych przewidzieć z taką pewnością, jak np. w chorobach serca wpływ naparstnicy. Z drugiej strony stósowanie zabiegów wodoleczniczych, bez uwzględnienia innych sposobów leczenia, przeciwko wszystkim chorobom przynosi tylko szkodę i wzbudza niewiarę w ich skuteczne działanie.

W wodolecznictwie używa się wody zwyczajnej o ciepłocie, leżącej przeważnie poniżej punktu termicznie obojętnego. Działanie zabiegów wodoleczniczych na ustrój jest trojakiem: *a)* odciągają one ustrojowi ciepło; *b)* wywołują zmiany w krążeniu krwi; *c)* sprawiają podrażnienie nerwów czuciowych, układu nerwowego ośrodkowego i nerwów ruchowych.

W pierwszej chwili zadziałania zabiegu wodoleczniczego ciepłota ustroju podnosi się nieco, po pewnym jednak czasie opada i staje się niższą, niż przed zastósowaniem zabiegu. To samo zjawisko występuje przy miejscowem zadziałaniu zimnej wody, ale tylko w miejscu, w którem ją zastosowano. Każdy więc zabieg zależnie od stopnia ciepłoty i od czasu jego trwania w mniejszym lub większym stopniu odciąga ustrojowi ciepło.

Co do zmian w krążeniu krwi, to zimny zabieg wywołuje najpierw zwężenie naczyń włosowatych na obwodzie, po którem następuje rozszerzenie się ich, dość długo się utrzymujące. Powoduje to żywsze krążenie w naczyniach skóry, lepsze jej odżywienie, pośrednio zaś wpływa dodatnio na cały układ naczyniowy i pracę mięśnia sercowego.

Podrażnienie nerwów przez zabieg wodoleczniczy nie ogranicza się tylko do nerwów czuciowych, ale przenosi się na układ nerwowy ośrodkowy, a stąd na drogi ruchowe. Siła podrażnienia zależy głównie od stopnia ciepłoty i od czasu trwania stósowanego zabiegu; samo zaś podrażnienie objawiać się może pobudzeniem lub obniżeniem wrażliwości.

Zabiegi wodolecznicze nie pozostają bez wpływu i na przemianę materyi w ustroju. Mogą one zwiększać wydzielanie kwasu węglowego, spalanie się tłuszczu i żywsza przemianę istot bezazotowych.

Zabiegi wodolecznicze stosuje się głównie w postaci kąpieli ogólnej, pół-kąpieli, zimnych nacierań, wilgotno-zimnych zawijań, polewań, zmywań, tudzież zimnych kąpieli miejscowych i okładów.

Pomijając wskazania wodolecznicze w ostrych chorobach gorączkowych, pojawiających się tylko przypadkowo w Krynicy, pozostanie jeszcze obszerny szereg stanów chorobowych, w których leczeniu zabiegi wodolecznicze można stósować z wielkim pożytkiem. Należą tu przedewszystkiem choroby nerwowe, w których chodzi o pobudzenie nerwów czuciowych, albo pośrednio o wywarcie wpływu na

układ nerwowy ośrodkowy, a więc nerwice czynnościowe miejscowe i ogólne, niektóre postacie porażeń, upośledzenie czynności mięśni jelitowych, pęcherza i macicy. W zaburzeniach krążenia krwi, szczególniej w biernych nawałach krwi do mózgu, płuc, wątroby, w zastoju żyły bramnej, odpowiednie zabiegi stwarzają odmienny podział krwi przez rozszerzenie obwodowego toru krążenia. Wpływ niektórych zabiegów na naczynia włosowate spożytkować można dalej w leczeniu wysięków surowiczych stawów, skóry i mięśni. Niemałe znaczenie może mieć leczenie wodą w otyłości, zołzach, kile, blednicy i niedokrwistości przez zmiany, jakie wywołuje w krążeniu krwi i przez podniesienie przemiany materyi.

Zakład wodoleczniczy w Krynicy wybudował na „Janówce“ Zarząd zdrojowy w roku 1884 według pomyslu Dra Zieleniewskiego [1]). W dwa lata później rozszerzono Zakład tak, że obecnie składa się z dwóch osobnych oddziałów, dla kobiet i mężczyzn i połączonego z nim krytym chodnikiem domu, mieszczącego pokoje do przyjmowania chorych, gabinet kierownika zakładu, salę z przyrządami do wziewań, zawieszań sposobem Moczutkowskiego, mięsienia i pokoju z przyrządami do elektryzowania. Obydwa oddziały posiadają po jednej sali wspólnej, obszernej i wysokiej i kilka zupełnie osobnych gabinetów kąpielowych pierwszej klasy. W salach wspólnych znajduje się przeszło 50 przedziałów zasłoniętych, przeznaczonych do rozbierania się chorych.

Urządzenie oddziałów odpowiada zupełnie swemu zadaniu; wysokość sal zapobiega wysycaniu powietrza parą wodną, stósowne rozmieszczenie okien i drzwi chroni od przeciągów. W całym zakładzie bywa utrzymywaną jednostajna ciepłota. Wodę źródlaną otrzymuje zakład pod wysokiem ciśnieniem z wodociągów, wielki zaś kocioł ze zbiornikiem dostarcza wody ciepłej do wanien i tuszów, a kociołek parowy o ciśnieniu 3 atmosfer zasila szafki i tusze parowe.

Zakład przeznaczony tylko dla chorych dochodzących; za porozumieniem się jednak poprzedniem z kierownikiem zakładu wykonywa służba zakładowa na zlecenie każdego z lekarzy zabiegi wodolecznicze i w mieszkaniu chorego.

Służba lekarska składa się z lekarza kierownika, lekarza pomocniczego, masażysty, masażystki, 12 kąpielowych dobrze wyćwiczonych mężczyzn i tyleż kobiet. (D. n.).

V. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.

Sprawozdanie z działania leczniczego kilku nowszych środków.

Podał

Dr. Jan Opolski

elew kliniki lekarskiej.

(Ciąg dalszy).

Heroina.

Heroina, wyrobu Bayera w Elberfeld, przedstawia się jako proszek biały, gorzkawy, w wodzie trudno rozpuszczalny, łatwiej po dodaniu kilku kropel kwasu octowego lub solnego. Jestto derywat morfiny. Doświadczenia wykonane na królikach przez prof. Dresera wykazały, że środek ten, podany w dawkach mniejszych, posiada własności narkotyczne, po użyciu dawki większej sprowadza tężec ogólny. Pod wpływem środka tego liczba oddechów ma się zmniejszać, wdechy stają się głębsze, wydechy silniejsze. Na narząd krążenia wpływu wyraźnego niema wywierać. Zupełnie podobne wyniki otrzymali Strube i Floret, podając heroinę chorym ze zmianami gruźliczemi w narządzie oddechowym w celu uśmierzenia kaszlu. Podawali ją w dychawicy, by obniżyć liczbę oddechów, a uczynić je głębszymi. Wyniki otrzymali znakomite. Działanie dodatnie miało występować już w pół godziny po zażyciu heroiny. We wszystkich przypadkach kaszel albo się znacznie zmniejszył, lub nawet ustępował zupełnie; liczba oddechów spadała zwolna, ale wyraźnie. Na narząd krążenia nie wpływała wcale. Działanie powyższe trwać miało 2—4 godzin. Ubocznych objawów nigdy nie zauważyli. Dawkę jednakże musieli z czasem podnosić. Heroinę podawali w proszku lub pigułkach po 0·005—0·01 na dawkę, a 0·025 na dzień.

Myśmy podawali heroinę w celu uśmierzenia kaszlu w bardzo licznych przypadkach gruźlicy płuc, o zmianach mniej lub więcej rozległych, w przewlekłych i ostrych nieżytach oskrzeli, wreszcie podawaliśmy ją chorym z wrzodem okrągłym żołądka lub rakiem dla uśmierzenia bólów.

By się przekonać o wpływie heroiny na narząd oddechowy i krążenia podawałem heroinę chorym, u których narządy te zmian żadnych nie przedstawiały. Wyniki otrzymałem następujące:

	Godzina	Tętno	Oddechy	
I.	8	64	20	Przed heroiną
	9	60	20	
	10	60	22	
	4	60	22	
	5	60	20	
	8	64	18	heroiny 0·005
	$8\frac{1}{2}$	56	22	
	9	52	22	
	$9\frac{1}{2}$	56	22	
	10	68	22	
	8	60	22	0·01
	$8\frac{1}{2}$	56	20	
	9	56	20	
	$9\frac{1}{2}$	60	20	
	10	60	20	
II.	8	72	22	Przed heroiną
	9	74	20	
	10	76	24	
	11	74	24	
	8	72	20	heroiny 0·005
	$8\frac{1}{2}$	64	20	
	9	56	18	
	$9\frac{1}{2}$	76	22	
	8	64	20	0·01
	$8\frac{1}{2}$	56	20	
	9	54	22	
	$9\frac{1}{2}$	70	20	
III.	8	80	20	Przed heroiną
	9	80	22	
	10	76	24	
	11	78	22	
	8	80	20	heroiny 0·005
	$8\frac{1}{2}$	80	22	
	9	84	22	
	$9\frac{1}{2}$	80	22	
	8	100	20	0·01
	$8\frac{1}{2}$	96	20	
	9	80	20	
	$9\frac{1}{2}$	84	20	
	10	90	22	
IV.	8	68	24	Przed heroiną
	9	68	22	
	10	66	22	
	11	80	20	
	8	64	20	0·005
	$8\frac{1}{2}$	64	20	
	9	64	24	
	$9\frac{1}{2}$	76	24	
	8	92	24	0·01
	$8\frac{1}{2}$	68	22	
	9	72	22	
	$9\frac{1}{2}$	84	22	

Wyniki podobne otrzymałem i u innych chorych. Okazało się zatem, że tak dawka 0·005, jakoteż 0·01, nie zmniejsza liczby prawidłowej oddechów, na ilość tętna jednak zdaje się heroina pewien wpływ wywierać. W znacznej bowiem liczbie przypadków zauważyć można było wyraźny spadek częstości tętna. Spadek nie był nigdy gwałtowny, ilość tętna spadała powoli i zwolna wracała do normy. Wpływ ten zauważyć można było już w $\frac{1}{2}$ godziny po zażyciu heroiny.

Zwolnienie to tętna trwało zwykle godzinę, niekiedy zaś i godzin dwie. W żadnym przypadku nie zauważyłem działania nasennego, lub wpływu na ruchy robaczkowe jelit. Chorzy znosili heroinę bardzo dobrze.

O ile heroinie przypisać można działanie kojące bóle lub uśmierzające kaszel, przykłady to wykażą.

I. Z R. *Tbc. pulm. in. st. destructionis* Chora kaszle ustawicznie tak, że noc spędza bezsennie, przy tem występuje znacznego stopnia duszność. Chlorek kodeiny w dawce jednorazowej po 0·03 nie przynosi chorej żadnej ulgi. Po zażyciu 0·005 heroiny kaszel i duszność zmniejsza się znacznie już w półgodziny. Dawka powyższa brana 3 razy wystarczała, by chorą uwolnić od męczącego ją kaszlu. Po kilku dniach zamiast heroiny podałem znowu chlorek kodeiny (0·03) Kaszel i duszność powróciły. Po tygodniu jednak dawka heroiny 0·005 odmawia już pomocy, chora zaczyna kaszleć coraz więcej. Dawkę podniosłem na 0·01, poczem chora przestała prawie zupełnie kaszleć, — ale tylko

[1]) W najbliższym czasie ma Zarząd zdrojowy przystąpić do budowy nowego Zakładu wodoleczniczego kosztem około 60.000 kor., gdyż obecny z powodu zwiększającej z roku na rok liczby chorych okazał się za szczupłym.

przez kilka dni. Wobec tego dawkę zwiększyłem na 0·012 i przy tej dawce chora wolna była od kaszlu i to już na czas dłuższy. W tym przypadku również zauważyć można było obniżenie liczby tętna, a brak wpływu na liczbę oddechów.

I	Godzina	Tętno	Oddechy
	8	116	30
0·005	8½	96	30
heroiny	9	98	30
	9½	110	30

II. Cz. *Infil. bac. apicum.* Kaszle bardzo często. Podawałem naprzemian raz heroinę, to znowu chlorek kodeiny. Tak jeden, jako też i drugi przetwór działał równie skutecznie Zauważyć i tu było można różnicę w działaniu, bo gdy po kodeinie w dawce 0·03 kaszel ustawał w ½ do ¾ godziny, działanie heroiny (0·005) widoczne już było po 15 minutach. U chorego tego przez cały czas pobytu w klinice nie potrzebowałem podnosić dawki ponad 0·005 trzy razy dziennie. Na liczbę tętna wywierała heroina wpływ nieznaczny, a brak go zupełny na liczbę oddechów.

III. R. *Tbc. pulm.* Heroina, podana w dawce 0·005 trzy razy dziennie, zmniejsza kaszel znacznie. Dawkę wkrótce musiałem podnieść na 0·01 i skutek pożądany otrzymałem. Na liczbę oddechów nie wpływa wcale, na tętno wpływ wyraźny, bo w ½ godziny z 108 uderzeń spada tętno na 88 uderzeń na minutę.

IV. St. *Tbc. pulmonum.* Przez długi czas zażywała heroinę po 0·01 3 razy dziennie, z wynikiem bardzo dobrym

V. Sz. *Bronchitis diffusa.* Kaszle nadzwyczaj silnie. Tak heroina początkowo po 0·005, potem 0·01, jako też kodeina po 0·03 cztery razy dziennie nie zmniejszyły kaszlu Podałem heroinę w dawce jednorazowej po 0·012 i teraz dopiero kaszel się zmniejszył, ale nieznacznie. Ponieważ chora dawki te znosiła bardzo dobrze, podałem jej 0·015 na dawkę. Kaszel prawie ustąpił, ale dnia następnego chora dostała bólu głowy, nudności i wymiotów. Heroinę odstawiłem. Przypadłości powyższe ustąpiły dnia drugiego. Senności lub wpływu hamującego ruchy robaczkowe jelit zauważyć nie można było[1]. U chorej tej zauważyłem wpływ wyraźny na liczbę oddechów, ale dopiero po dawce 0·012.

V.	Godzina	Tętno	Oddechy	
	8	88	28	heroiny 0·005
	8½	88	26	
	9	90	28	
	8	88	26	0·01
	8½	84	24	
	9	88	26	
	9½	90	26	
	8	84	34	0·012
	8½	64	33	
	9	68	24	
	9½	68	20	
	10	84	30	

Bóle wywołane czy to wrzodem okrągłym żołądka, czy to rakiem, heroina również znacznie łagodzi tak, że nie zachodziła potrzeba uciekać się do morfiny. Wstrzykiwania podskórne po 0·005 oddawały nam te same usługi, co i morfina w dawce 0·01.

Na podstawie naszych licznych spostrzeżeń wnosimy, że heroina:

1) działa uśmierzająco kaszel, jako też bóle. Zauważyć jednakże można względnie dość szybkie przyzwyczajenie się ustroju do niej tak, że skutki, jakie początkowo otrzymać można przy dawce 0·005, później osiąga się dopiero dawką wyższą. 2) Heroina nie działa w dawkach do 0·015 nasennie. 3) Nie wpływa na ruchy robaczkowe jelit 4) Na liczbę oddechów jest bez wpływu, chyba w dawkach wyższych, od 0·012 począwszy. 5) Liczba tętna po zażyciu heroiny w dawkach zwykłych spada, jakość jednak tętna nie ulega zmianie.

Heroinę zatem stawiamy wyżej niż kodeinę, a na równi z morfiną.

Spostrzeżenia nasze różnią się od innych (Wierzbicki[2], Weiss[3], Harnack)[4] tylko tem, że nigdy nie zauważyliśmy wpływu na liczbę i jakość oddechów, tylko na liczbę tętna. (Dok. nast.).

[1]) Bóle głowy i wymioty wystąpiły również po dawce 0·01 u chorej, leczonej ambulatoryjnie.
[2]) »Przegląd lekarski« Nr. 21. 1899.
[3]) »Münch. med. Woch.« Nr. 27. 1899.
[4]) »Heilkunde« Nr. 10. 1899.

VI. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie dotąd omówione psychozy były pojedynczemi, albo względnie somato-psychozami psychosensorycznemi, które polegały na zaburzeniu identyfikacyi od *Os.* do *A*

Przystępując z kolei do omówienia ostrych autopsychóz, można je scharakteryzować ogólnie tem, że polegają na zaburzeniu świadomości własnej osoby o cechach objawów wypadowych. Psychozy te mogą się odznaczać autopsychiczną desoryentacyą i bezradnością. Znane są stany, zwłaszcza wywołane sztucznie, drogą pohipnotycznego poddawania, w których człowiek utraciwszy świadomość swej osoby dotychczasowej, działa i myśli, jak gdyby był inną niż poprzednio osobą, która o poprzedniej osobie nie ma żadnych wiadomości i pamięci. Zachodzi tu rozpad osobowości na dwie wzajemnie się nieznające i często nawet pod względem moralnym wręcz sobie przeciwne. Te formy, zwane przez W., za przykładem francuskich autorów „drugim stanem,“ (*second état*) odznacza defekt nieodczuwany jako przeciwieństwo stanu prawidłowego i ztąd nie wywołujący autopsychicznej bezradności. Stany drugie, różne co do formy, mają wspólne tło zwyrodnienia, z którego powstają. Powstają one na tle zwyrodnienia histerycznego, padaczkowego albo alkoholowego i odznaczają się tem, że chory nagle zapomina o swoich zwykłych obowiązkach, zadaniach, zajęciach i podejmuje czynności, wręcz odmienne od zwykłych, jak gdyby właściwe dla innej osoby, np. opuszcza miejsce swego stałego pobytu, swe zajęcia, udaje się w obce strony i o przeszłości swej na pewien czas mniej lub więcej długi zapomina. Stany te zbliżają się do zamroczeń, jednak nie są wywołane jak te ostatnie przez senne omamy i nie odznaczają się jak one dezoryentacyą alopsychiczną. Chorzy tacy powierzchownie oceniają sytuacye, w których się znajdują; okazują skłonność do brutalności, a gdy nastrój ich bywa zwykle nieco podniosłym i gdy nieraz tworzą się przelotne urojenia wielkości, przeto stany te okazują koloryt obłędu (manii) i ztąd nieraz figurują u różnych autorów pod nazwą obłędu rozprawczego (*manie raisonnante*) lub, gdy występują tylko okresowo, pod nazwą manii okresowej. Ta ostatnia postać odznacza się napadami okresowymi o jednej i tej samej treści świadomości i o zależnym od niej tym samym sposobie działania Jako przykład może posłużyć przypadek okresowo popełnianych oszustw. Postać ta jest dotychczas niedokładnie zbadana, a ma ona pierwszorzędne znaczenie sądowo-lekarskie. Z powodu niedokładnego jej zbadania może być łatwo udawaną przez zbrodniarzy. Innym razem postać ta, wadliwie zwana „manią okresową“, może objawiać się jako opilstwo okresowe (*dipsomania*), które nie jest tak częste, jak je opisują. Według zdania W. można o niem mówić tylko wtedy, gdy istnieje lęk, który napada chorego okresowo i zmusza go do opilstwa. W. zaleca w celu leczenia okresowego opilstwa stosować korzystnie tu działające przetwory bromu. Prócz wymienionych dotąd postaci drugiego stanu, W. do nich zalicza także nabyte obłąkanie moralne, którego tak prawnicy jak i niektórzy psychiatrzy dla tego uznać nie chcieli, że według ich zdania nie może istnieć upośledzenie moralności bez równoczesnego upośledzenia inteligencyi. Tymczasem zdanie to jest słuszne, gdy mówimy o przewlekłem lub wrodzonem obłąkaniu moralnem, nabyte zaś zwykle nie upośledza wcale inteligencyi. Moralne obłąkanie nabyte może się odznaczać wyłącznie tylko pewnym wewnętrznym niepokojem, drażliwością usposobienia, a głównie objawem, cechującym czystą manię, tj. niwelacyą czyli zrównoważeniem wszystkich wy-

obrażeń. W odróżnieniu od manii brak tu gonitwy myśli, popędu do mówienia (logorhoea), chorobowej euforyi i t. d. Zrównoważenie wyobrażeń sprawia zanik wyobrażeń nadwartościowych, a ten wywołuje zmianę osobowości taką, iż chory zatraciwszy wyobrażenia nadwartościowe wstydu, obyczajności i godziwości, zadowalnia teraz swe egoistyczne popędy. Natrafiając w tem dążeniu na przeszkody ze strony swego otoczenia, wyjaśnia je sobie w sposób urojony prześladowaniem swej osoby. Przyczyna tej psychozy tkwi w zmianach rozwojowych i atawistycznych. W. nazywa tę postać autopsychozą moralną i odróżnia następujące jej rodzaje, t. j. hebefreniczny, klimakteryczny i starczy, poza tem kilka dni tylko trwający menstruacyjny. Prócz dziedziczności i zwyrodnienia może być powodem także uraz głowy. Rodzaj klimakteryczny przebiega przeważnie niepomyślnie; starczy kończy się zawsze nieuleczalnem niedołęztwem starczem.

Ostra podniosła autopsychoza z myślami swoistemi *(autopsychosis expansiva acuta)* odznacza się, jak nazwa wskazuje, myślami swoistemi, od których zależy treść pojawiających się fonemów i urojeń wyjaśniających. Chorzy ci okazują nastrój podniosły stosownie do myśli swoistych, wyrabiających w nich przekonanie urojone wyższego posłannictwa itd. Przebieg jej szybki i w ciągu kilku miesięcy kończący się pomyślnie. O ile myśli swoiste składają się na tę odrębną postać chorobową, o tyle objaw stanowiący przeciwieństwo tych myśli, a polegający na chwilowem zanikaniu myśli, tłómaczonem przez chorych wykradaniem im myśli z ich głowy przez lekarzy i innych ludzi, nie tworzy odrębnej psychozy, lecz zdarza się w przewlekłych stanach paranoicznych.

Psychoza z myślami przymusowemi daje się trudno odróżnić od takiej samej nerwicy. Jeźli obok myśli przymusowych nie zachodzą inne objawy psychotyczne, jeźli myśli przymusowe nie zniewalają chorego do pewnych przymusowych czynności, wreszcie jeźli ich treść i obfitość nie będzie jaskrawą, to raczej należy rozpoznawać nerwicę, niż psychozę. Jedną z przejściowych postaci między psychozą a nerwicą stanowi przymus zastanawiania (*Grübelsucht*) i przymus wątpliwości *(maladie du doute avec délire de toucher)*. Wskutek chorobowej podniety, działającej na centrum *A* w łuku psychiczno-odruchowym, powstaje przymus znajdowania dla tych podniet odpowiednich wyobrażeń celowych. Jeżeli ten przymus jest bardzo niepokojący, to może chorego skłonić do samobójstwa, a wówczas mamy już z psychozą, a nie z nerwicą do czynienia. Psychozę rozpoznamy także tam, gdzie przymus będzie skłaniał do podjęcia czynów, które chory sam potępia. Zwykle towarzyszy temu przymusowi lęk, który ustępuje z chwilą wykonania czynu. Do najwięcej znanych postaci takich przymusowych czynności należy podpalanie u młodych epileptyków, lub kradzieże (kleptomania) w okresie miesiączkowania, a obok nich przymus bluźnienia Bogu itd. wśród modlitwy, którzy chorzy tłómaczą sobie w sposób urojony, że muszą być wielkimi grzesznikami, skoro ich takie myśli trapią.

Inna postać autopsychozy polega na objawie, nazwanym przez Cramera głośnością myśli. Własne myśli chorego zmieniają się w fonemy, a do objawu tego dołącza się urojenie wyjaśniające, mocą którego chory twierdzi, że myśli jego są znane obcym. Cokolwiek pomyślą, napiszą, przeczytają, powiedzą, to głosy jakieś powtarzają. Powstałe ztąd zaburzenie w myśleniu stwarza u chorego uczucie lęku lub przeróżne objawy hipochondryczne, które sprowadzają przygnębiony, zadumczy nastrój. Nastrój ten pierzcha z czasem, gdy się chory do objawów tych przyzwyczai. Nieraz chorzy oceniają działalność osób ze swego otoczenia z tem założeniem, że ich myśli były im znane; ztąd też może chory utracić alopsychiczną zdolność oryentacyi. Rokowanie w tej postaci zdaje się być niekorzystne. Do autopsychóz zalicza się zaduma uczuciowa *(melancholia affectiva)*. Dla zrozumienia zasadniczego objawu tej psychozy ważną jest rzeczą zastanowienie się nad naszą wolą. Wolę poprzedza zawsze czynność myślenia, którego treścią jest rozważenie dwóch możliwości, tj. podjęcie pewnego działania lub jego zaniechanie. Z tych dwóch możliwości myślowych zwycięża w prawidłowych warunkowych ta, która przez wprawę, przyzwyczajenie się, lub wychowanie zyskała sobie największą wartość w naszym umyśle. Zarazem zależy to zwycięztwo jednej z tych myśli od szeregu różnych myśli ubocznych, które jeźli są prawidłowe, to i objawienie woli również będzie prawidłowem; gdy zaś one będą chorobowe, to i wola objawi się w sposób nieprawidłowy. Wola przedstawia zatem mniej lub więcej złożone wyobrażenie, które jest wynikiem pewnego postanowienia; to zaś przedstawia się jako rozważenie między dwoma lub wieloma wyobrażeniami lub ich szeregami, z których przynajmniej jedno jest punktem wyjścia objawu ruchowego. Wolność woli zależy od wolności postanowienia, czyli od istnienia prawidłowej wartości wyobrażeń, które przy postanowieniu działały. Ponieważ zaś w codziennem życiu pod pojęciem woli obejmujemy także akt postanowienia, przeto przez wolę rozumiemy wynik ścierania się różnych grup wyobrażeń, z których jedno przynajmniej musi być motorycznem wyobrażeniem i musi mieć do rozporządzenia punkt wyjścia odśrodkowego układu rzutowego. Tak więc wola stanowi nam wskazówkę „intrapsychicznej funkcyi“ w drodze *A*—*Z*. Ponieważ objawieniu się woli naszej stawia pewien opór droga *Z*—*Cm.*, przeto, aby ten opór przezwyciężyć, musi nasza świadomość w przybliżeniu bodaj znać jego stopień. Doświadczenie uczy, że im jakie zadanie jest cięższe, tem trudniej przychodzi nam się go podjąć. Największego wysiłku woli wymagają od nas zadania nowe, przedtem nieznane.

Obraz zadumy uczuciowej *(melancholia affectiva)* cechuje się obniżeniem czynności woli wskutek „intrapsychicznej afunkcyi,“ które zwolna lecz stale wzrasta tak, że gdy w początku cierpienia chory był w stanie jeszcze podjąć zwykle swe czynności, z wyjątkiem nowych, wymagających pewnego wysiłku woli, to później i tych nie jest w stanie już przedsięwziąć, a nawet chćby tylko się skłonić do ich podjęcia. Stan ten podmiotowego uczucia niedomogi wytwarza w chorym przekonanie o nieudolności własnej, występności, różnego rodzaju przewinieniach, słowem o małości, skutkiem czego zjawia się obawa przed przyszłością, tem samem obrzydzenie sobie dalszego życia i popęd do samobójstwa, nader częsty w tej chorobie. Chory czuje się tem bardziej nieszczęśliwym, że wskutek „intrapsychicznej afunkcyi“ tępieją i zanikają jego uczucia psychiczne względem osób drugich, np. miłość, przywiązanie, przyjaźń, nienawiść itd. oraz względem przedmiotów i stosunków, jak zamiłowanie do sztuki, nauki, swego zawodu i t. d. Utrata tych uczuć, zwłaszcza zobojętnienie względem własnej rodziny, swego zawodu, stwarza w chorym pewną psychiczną próżnię (zblazowanie, *spleen* anglików). Osoby czulsze tracą wskutek tego przywiązanie do życia, pozbawionego odtąd wszelkiego podmiotowego uroku. Urojenie małości lub samooskarżanie się jest wynikiem przekonania o własnej przewrotności, nieudolności i zaniedbywaniu swych obowiązków. W tem mieści się najlepszy dowód, że nie człowiek opanowuje swe myśli, lecz myśli opanowują człowieka. Prócz tych podmiotowych objawów zauważa się objawy przedmiotowe, polegające na bezwładzie (akinezie), mianowicie zupełną bierność w działaniu, niechęć, a nawet zaprzestanie mówienia. Zupełny bezwład (akinezę) spotyka się tylko w zadumie z przygnębieniem *(melancholia depressiva)*, która stanowi odrębną postać chorobową. W przebiegu zadumy uczuciowej pojawia się niekiedy lęk somatyczny, umiejscowiony przez chorych w piersi lub głowie, będący również następstwem „intrapsychicznej afunkcyi“ w czasie którego trapią chorego głównie „smutne myśli,“ t. j. myśli samobójcze. Następstwem „afunkcyi“ jest także nasuwanie się chorym pewnych wyobrażeń, których się nie mogą pozbyć. Dotyczą one albo jego przeszłości i są w związku z przedmiotem samooskarżania się,

albo też są przyrody hipochondrycznej. Z objawów somatycznych do częstych należą zupełna niechęć do przyjmowania pokarmów i chłód, oraz sinica kończyn. Choroba zwolna narasta, a potem zwykle wolniej jeszcze ustępuje, przyczem obraz jej okazuje pewne odmienne zabarwienie, zależne od tego, czy samooskarżanie się, czy uczucie niedoli bierze górę. Samooskarżanie się może się objawiać w tem, że chory przypisuje sobie winę powstania swej choroby lub obwinia swe dawne, np. młodzieńcze wybryki, jako powód obecnego stanu. Urojenie małości może się stać fantastycznem, a wtedy chory uważa siebie za sprawcę przykrego losu osób drugich, lub twierdzi, że nic już nie istnieje, że nie jest godnym, aby jadł (ztąd zacięty jadłowstręt) i t. d. Urojenie to może się przedstawić choremu w postaci fonemów, okresowo tylko i pojedynczo się zjawiających. Omamy wzrokowe mogą się zjawiać tylko w godzinach wieczorowych w postaci trumien, pogrzebów itd. W czasie narastania choroby traci chory na wadze, w okresie zaś ustawania napowrót przybiera. Gdy zyskiwanie na wadze ustanie, powraca i zdrowie, które zwykle bywa poprzedzone kilkodniowym lub kilkotygodniowym okresem podniecenia maniakalnego. Choroba ta, choć długa, każe dobrze rokować, a rozpoznanie jej jest względnie łatwe; bez trudności można ją odróżnić od podobnych psychóz lękowych, którym brak podmiotowego uczucia niedomogi; trudniej atoli odróżnić od histerycznej lub neurastenicznej psychozy lękowej, ale i tu ułatwiają nam rozpoznanie brak objawów właściwych histeryi lub neurastenii, oraz ta okoliczność, że lęk ten bywa nie tak dominującym, jak w psychozach lękowych, lecz tylko objawem pobocznym. Leczenie (zawsze w zakładzie) ma na celu zapewnić choremu bezwzględny spokój cielesny i umysłowy, ubezpieczyć go przed możliwem samobójstwem, starać się o poprawę odżywienia i snu. Choroba ta ma mierną skłonność do nawrotów. (C. d. n.).

VII. Wyciągi.

Nehrkorn: **Mnogość pierwotnych złośliwych nowotworów.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 15). Dopiero od lat dwudziestu przyjęło się zapatrywanie, że w jednym ustroju mogą powstawać niezależnie od siebie dwa, trzy i t. d., a nawet mnogie pierwotne nowotwory złośliwe, jak raki i mięsaki. Z początku uznawano te tylko mnogie nowootwory za odrębne, których budowa drobnowidowa wybitnie się różniła i z których każdy z osobna wytworzył przerzuty. Ten drugi warunek nie jest jednak wcale koniecznym dla stwierdzenia odrębności mnogich nowotworów; w pewnych razach znów można i bez wybitnych różnic w budowie uznać dwa równocześnie istniejące nowotwory za odrębne, (choć, co prawda, zazwyczaj tylko z niejakiem prawdopodobieństwem, gdyż stanowczym dowodem jest tylko różnica w budowie). Tak np. dwa nowotwory są prawdopodobnie od siebie niezależne, jeżeli rozwijają się w dwóch narządach, będących zazwyczaj siedzibą nowotworów pierwotnych, gdyż doświadczenie uczy, że w takich narządach (skłonnych do pierwotnych nowotworów) stosunkowo rzadko znajdują się ogniska wtórne, przerzutowe. Podzielić można mnogie nowotwory na rozmaite gromady, jednakże najprzejrzystszym jest następujący prosty podział: 1) mnogie raki, 2) mnogie mięsaki, 3) rak obok mięsaka, a w każdej z tych gromad znów *a)* mnogość nowotworów w jednym narządzie, *b)* w jednym układzie, *c)* w różnych narządach. Z mnogich raków w jednym narządzie na pierwszem miejscu stoją raki skórne; na 100 przypadków raków liczono dawniej 1 przypadek, obecnie nawet średnio 4 przypadki mnogich raków. Trzeba jednak uwzględnić możliwość przeszczepiania się raka (nie przerzutów w ściślejszem znaczeniu), jak to np. stwierdzono w przypadkach raków wargi dolnej, przenoszących się na górną, — raków części pochwowej macicy, przeszczepiających się na pochwę i t. p., oraz rozsiewanie się raków np. na powierzchniach błon surowiczych (otrzewna), lub wzdłuż pewnych przewodów (jelit). W takich razach czasami bardzo trudno osądzić właściwy stan rzeczy. Istotna mnogość nowotworów (zwłaszcza np. raków skórnych) daje się nieraz wytłómaczyć mnogością czynników przyczynowych, to jest działaniem podobnych czynników szkodliwych w kilku naraz miejscach. Niekiedy jednak wpływów takich nie można wykazać, i wówczas nie pozostaje nic innego, jak przypuścić t. zw. „Multiplicität der Geschwulstanlage“. Trzy takie przypadki, w których równocześnie (na skórze głowy) istniały 2 (względnie 3) raki o odmiennej budowie i nie dające się wyjaśnić mnogością wpływów szkodliwych, przytacza także autor z własnego doświadczenia. W sprawie mnogich raków skórnych ważne dane przyniosła niedawno ogłoszona praca Petersena, który zapomocą rekonstrukcyi preparatów drobnowidowych („Plattenmodelirmethode“) wykazał, iż raki te mogą rozwijać się niekiedy z kilku pierwotnych ognisk rozrostu (a nie, jak przeważnie sądzono, z jednego tylko).

Znacznie rzadsze, niż skórne, są mnogie raki przewodu pokarmowego. Stwierdzenie odrębności mnogich raków jest tu zresztą znacznie trudniejsze, bo często posiadają one budowę bardzo podobną.

Mnogość nowotworów w jednym układzie ustroju spotyka się w narządach parzystych, najczęściej w sutkach i jajnikach. Rak obu sutków zdarza się mniejwięcej w 5%, rak obu jajników w 30% przypadków raka tych narządów. Na pozór zdawałoby się, że w sutkach należy zawsze spodziewać się odrębności raków, gdyż narząd ten łatwo ulega rakom pierwotnym, a rzadko mieści przerzuty. W rzeczywistości jednak są mnogie pierwotne nowotwory sutków prawdopodobnie rzadkie; w przypadkach raków obustronnych najczęściej idzie o przerzuty, których możliwość wykazał Gerota, udowadniając istnienie naczyń limfatycznych, łączących oba sutki. Odmienna budowa nie jest tu stanowczym dowodem odrębności nowotworu, bo w tymsamym raku jednego sutka różne części znacznie nieraz różnią się budową; temwięcej różnić się może przerzut od ogniska pierwotnego. Znaczna część obustronnych raków jajnika również powstaje przez przerzucanie się nowotworu; niemniej nie można przeczyć, że mogą tu powstawać raki i odrębnie, zwłaszcza na tle odrębnie się rozwijających torbielaków.

Stosunkowo często spotyka się mnogie, odrębne nowotwory w narządzie rodnym kobiecym, jako całości. Autor przytacza, jako przykład, spostrzeżenie własne, w którem istniał rak niezależnie obok gruczolaka.

Wreszcie, jako przykład nowotworów odrębnych w dwóch narządach, przytacza autor przypadek złośliwego brodawczaka (carcinoma villosum) pęcherza u chorego, u którego później niezależnie powstał rak skórny odbytu.

Daleko mniej przykładów mnogości odrębnych guzów spotyka się w gromadzie mięsaków. Również niezbyt często jest występowanie raka obok mięsaka. Autor spostrzegał mięsaka pochwy obok raka sutka u 65-letniej kobiety, a zna przypadek (nieogłoszony) Czernego raka w jednym, mięsaka w drugim sutku. Stosunkowo najczęstsze jeszcze jest pojawienie się raka i mięsaka w dwóch zupełnie odrębnych narządach, jak np. w jednem spostrzeżeniu autora (mięsak barwikowy odbytnicy z licznymi przerzutami i rak macicy u 59-letniej chorej). *C.*

Tomka: **Przypadek krwawienia z ucha u krwawca.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde.* Tom 51, Zeszyt 2 i 3). Autor opisuje przypadek, w którym u dziecka 2½-letniego wystąpiło krwawienie z ucha bez wszelkiej przyczyny po przebyciu ostrego zapalenia ucha. W chwili wystąpienia krwotoku sprawa zapalna była już na wygojeniu, przedziurawienie jednak bębenka jeszcze się nie zabliźniło. Krwotok był tak znaczny, że obawiano się o życie dziecka; krew pomimo silnego zatamponowania ucha przesiąkała przez gazę. Z wywiadów można było wywnioskować, że dziecko pochodzi z rodziny krwawców. Autor przytacza nieogłoszony jeszcze przypadek Hauga gdzie po wyjęciu małego polipa wystąpił dość znaczny krwotok Haug miał sposobność później spostrzegać u tego chorego wystąpienie znacznego krwotoku po przecięciu czyraka w przewodzie usznym. I ten chory pochodził z rodziny krwawców. Prócz tych autorów podobne przypadki spostrzegali Rohrer i Ziem.

Dr. Teofil Zalewski.

Zeroni: **Przypadek krwotoku z tętnicy dogłowowej wewnętrznej z powodu próchnienia kości skroniowej.** (*Archiv für Ohrenheilkunde.* Tom 51. Zeszyt 2 i 3). Autor opisuje przypadek przewlekłego ropienia ucha środkowego po stronie prawej, gdzie wykonano atico-antrotomię i przy operacyi wyjęto odsłoinę (*sequester*), która stanowiła część przedniej ściany jamy bębenkowej. Przy drugiej zmianie opatrunku nastąpił gwałtowny krwotok tętniczy, który ustał po zatamponowaniu rany. Domyślano się, że krwotok musiał pochodzić z tętnicy dogłowowej wewnętrznej, z miejsca, zkąd wyjęto odsłoinę podczas operacyi. Z powodu, że krwotok ustał po zatamponowaniu, zaniechano podwiązania tętnicy dogłowowej. W parę dni później wystąpił drugi krwotok, który podobnież ustał po zatamponowaniu; chory jednak w parę godzin życie zakończył. Sekcya wykazała, że tętnica dogłowowa wewnętrzna w miejscu przejścia jej z kierunku pionowego w poziomy była przedziurawiona; otwór

był bardzo mały. W rozmaitych miejscach kości skroniowej znaleziono mnóstwo miejsc próchniejących. Prócz tego stwierdzono przy sekcyi rozległą gruźlicę płuc. Autor twierdzi, że pod względem zmian w płucach, jak i pod względem umiejscowienia przedziurawienia tętnicy, przypadek jego zgadza się w zupełności z innymi przypadkami, dotąd spostrzeganymi. Dlatego nasuwa mu się podejrzenie, czy próchnica kości, która była przyczyną krwotoku w tych przypadkach, nie jest na tle gruźlicy? Rozstrzygnąć mogłoby tylko badanie mikroskopowe, którego autor nie robił. Zastanawiając się nad przyczyną, dlaczego przedziurawienie było usadowione we wszystkich dotąd spostrzeganych przypadkach w jednem i temsamem miejscu, autor powiada, że składają się na to rozmaite warunki. Przedewszystkiem w tem miejscu leży tętnica tuż przy samej kości, i dlatego sprawa patologiczna najłatwiej przejść może z kości na tętnicę; następnie w miejscu przejścia z kierunku pionowego w poziomy tętnica musi wytrzymywać o wiele silniejszy napór krwi, niż gdzieindziej, a zatem najłatwiej w tem miejscu przedrzeć się może. Co do podwiązania tętnicy dogłowowej, co może być brane pod uwagę w przypadkach krwotoku, to dotąd znany jest jeden przypadek, opisany przez Broca, w którym to podwiązanie miało skutek, i w którym krwotok się nie powtórzył. Chory ten umarł w parę miesięcy później na inną chorobę, i wtedy przy sekcyi przekonano się, że rzeczywiście tętnica dogłowowa wewnętrzna była przedziurawiona. W innych przypadkach nawet po podwiązaniu tętnicy dogłowowej po obydwóch stronach, jak to miało miejsce w przypadku Billrotha, krwotok się powtórzył. Na zasadzie tego, że obydwa krwotoki dało się w tym przypadku z łatwością opanować, przychodzi autor do słusznego wniosku, że stało się to dlatego, że przez operacyę dostęp do miejsca krwawienia był znakomicie ułatwiony. Autor zwraca dlatego uwagę, że możnaby może tego sposobu użyć w razie krwotoku z tętnicy dogłowowej wewnętrznej w przypadkach, gdzie atico-antrotomii nie robiono.

Dr. Teofil Zalewski.

Dłuski i Majewicz: **Stan żołądka u chorych na gruźlicę.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 24). Czy gruźlica sprowadza takie zaburzenia w żołądku, które należałoby odnieść wprost do zakażenia prątkami gruźliczymi, czy też zaburzenia te są następstwem innych czynników, niezależnych od gruźlicy, a czasem wyprzedzających wtargnięcie prątków gruźliczych? Na sprawę tę klinicyści zapatrują się rozmaicie, a niema też między nimi zgody co do większej lub mniejszej częstości zaburzeń żołądkowych w przebiegu gruźlicy.

Przedstawiwszy rozrzucone w piśmiennictwie zdania wybitnych klinicystów o tej sprawie, autorowie przechodzą do wyłożenia własnych badań i wypowiedzenia ostatecznych wniosków. Poszukiwania swoje czynili oni w oddziale dra Letulle, paryskiego szpitala Boucicaut. Przedewszystkiem uderzeni zostali faktem, że co najmniej połowa chorych gruźliczych utrzymywała, jakoby przed wstąpieniem już do szpitala ulegała rozmaitym zaburzeniom żołądkowym (odbijanie, wzdęcie, nudności i brak łaknienia), które po kilkutygodniowym pobycie w szpitalu ustępowały. Chcąc zdać sobie sprawę, w jakim stopniu chemizm żołądka odpowiadał klinicznie stwierdzonemu trawieniu prawidłowemu, badali autorowie 20 chorych bez wyboru, w wieku od 16 do 35 lat, z których 9 było kobiet i 11 mężczyzn; chorzy ci cierpieli na gruźlicę wszystkich 3-ch stopni, wszyscy posiadali dobry apetyt i nie doznawali jakichkolwiek dolegliwości podmiotowych. Dziesięciu badanym chorym dano śniadanie próbne Ewalda, a innym dziesięciu śniadanie i obiad, składające się z 250·0 mięsa, 300·0 bulionu z tapioką, 100·0 chleba i szklankę wody. Następnie wyciągnęli autorowie treść z żołądka w godzinę po śniadaniu i w cztery godziny po obiedzie. We wszystkich przypadkach oddziaływanie treści żołądkowej było kwaśne, a odczynnik Günzburga wykazywał wolny HCl. Całkowita kwasota wahała się między 14 a 60; wolny zaś HCl między 0·14 a 0·61 na 100; chlor związany między 0·36 a 1·45 na 100. Drobnowid nie wykazał nic osobliwego, poszukiwania za kwasem mlekowym pozostały bez skutku.

Zatem w większości badanych przypadków chemizm trawienny przedstawił się prawidłowo; dla dokładności dodają autorowie, że 12 razy kwasota wynosiła 25 do 50, ilości, uznane w Niemczech za prawidłowe. Liczby 14 do 25 wskazywały na lekki stopień niedokwasoty; natomiast liczby 50 do 60 przemawiały za kwasotą wzmożoną, lecz w obu razach bez znaczenia patologicznego. Wogóle autorowie dochodzą do przekonania, że kwasota treści żołądka gruźliczych w swych wahaniach się nie wykracza poza granicę fizyologiczną, lecz posiada niejaką skłonność do kwasoty wzmożonej, wbrew zdania Cronera, który doszedł do wniosku przeciwnego. Uwzględniając tylko tych 20 chorych, na których przeprowadzone były badania, autorowie doszli do przekonania, że zaburzenia żołądkowe, którym ulegali ci chorzy jeszcze przed wstąpieniem do szpitala, zależały od złej higieny i niestosownej dyetetyki; usunięcie tych usterek w tak wzorowo prowadzonym zakładzie, jakim jest szpital Boucicaut, wystarczało, aby po upływie paru tygodni wszystkie te dolegliwości doszczętnie ustąpiły. *A. K.*

E. Freund i O. Freund: **Przyczynek do sprawy wymiany materyi w stanie głodzenia.** (*Wiener klin. Rundschau* 1901, Nr. 5 i 6). Korzystając z doświadczenia nad głodzeniem, któremu poddał się w roku 1896 Succi we Wiedniu (pod kontrolą lekarską), zajęli się autorowie zbadaniem sprawy wymiany materyi w tych warunkach. Doświadczenie trwało 21 dni, t. j. do tego czasu, w którym nagłe zwiększenie się chlorków i azotu w moczu było wskazaniem do przerwania doświadczenia. Z wyników, jakie autorowie podają w tablicy, wyjmujemy ważniejsze. Ilość moczu, wynosząca w pierwszym dniu 1435 ctm³, zmalała w drugim do 830 ctm³, w trzecim do 575 ctm³, w której to ilości utrzymywała się do dnia 9-go; w dniach następnych zmniejszała się ilość moczu stale, ale niejednostajnie i doszła do ilości 235 ctm³. Ilość N, wydzielonego moczem, zmniejszyła się z 17·0 grm. pierwszego dnia do 11·3 grm. w drugim dniu i malała odtąd stopniowo, aż doszła w 21-szym dniu do 2·8 grm. — Zupełnie analogicznie zachowywała się ilość chlorków: w 1-szym dniu 13·9, w 2-gim 5·5, w 3-cim 2·56, a w 21-szym 0·7 grm. Podobnie malała ilość mocznika. Niezwykłą natomiast była zmiana stosunku N-mocznika do sumy azotu, jaką wykazują liczby w późniejszych doświadczeniach; podczas gdy w pierwszych ze sumy N. przypadała na mocznik 85—89% N, ilość ta w 15-tym dniu wynosi 73%, a w 21-szym 54% N. — Tej rażącej zmiany stosunku N-mocznika do sumy azotu autorowie nie zdołali wytłómaczyć, jakkolwiek oznaczali i inne istoty azotowe, a więc również ilość azotu, przypadającą na te istoty, t. j. na połączenia amonowe, kwas moczowy, kreatyninę, kw. hipurowy i zasady ksantynowe; wprawdzie stosunek N-zasad ksantynowych do sumy azotu wzmógł się znacznie, wynosił bowiem z początku 44%, a w końcu doświadczenia 77%, wzrost ten nie jest jednak tak znaczny, aby mógł dostatecznie wytłómaczyć zmiany w stosunku N-mocznika do sumy azotu, — zawsze bowiem brakuje nam pewnej ilości azotu, która musiała być wydaloną moczem w innej formie. Autorowie skłonni są do przypuszczenia, iż ta ilość azotu musiała być wydzieloną w formie opisywanego już kwasu oksyproteinowego; okoliczności tej autorowie stwierdzić nie zdołali wskutek braku materyału w dostatecznej ilości. — Stosunek ilości kwasu fosforowego do sumy N nie wykazuje znacznych zmian. Kwasota moczu zwiększa się początkowo, — w późniejszych jednak dniach stale opada. Podobnie ma się z alkalicznością: początkowy wzrost jest tu jednak większy. Siarkany, podobnie jak azot, maleją z trwaniem doświadczenia; kwas eterosiarkowy nie wykazuje wybitnych różnic, natomiast zwiększa się w początkowych dniach ilość siarki obojętnej.

Wydzielanie się metali zasad ziemnych potwierdziło dawniejsze wyniki badań w tych samych warunkach, w szczególności tyczy się to zwiększonej ilości wydzielanych moczem soli wapniowych. Z nieprawidłowych składników moczu znachodzili autorowie znaczniejsze ilości acetonu i urobiliny, jak również małe ilości kwasu aceto-octowego i cukru. W osadzie znaleziono grudki krystaliczne drugorzędnego fosforanu wapniowego. Kał, który został w ciągu doświadczenia dwa razy oddany, wynosił w stanie suchym 53 grm. i zawierał 3·2 grm. N; — 5·05 popiołu. Popiół zawierał 1·03 grm. K_2O, 0·49 grm. Na_2O; 0·50 CaO; 0·51 MgO; 0·21 grm. Fe_2O_3; 0·65 P_2O_5 i 1·5 grm. SO_3. Autorowie dochodzą w końcu do następujących wniosków: 1) Ilość dziennie wydzielonego moczem azotu może podczas głodzenia zmniejszyć się do 3·0 grm. 2) Na szczycie głodzenia występuje atypowe zmniejszenie się ciał azotowych; ilość ta jest o 20% mniejszą od tej, jaka się prawidłowo wydziela w postaci mocznika. 3) Żaden ze znanych azotowych składników moczowych nie wydziela się w ilości tak zwiększonej, któraby odpowiadała stopniowi zmniejszenia się ilości mocznika. 4) Wydzielanie się kreatyniny jest w czasie wykonywania pracy mięśniowej zwiększonem w porównaniu do ilości, wydzielanej w czasie bezczynności. 5) Ilość wydzielonych ciał aloksurowych jest względnie zwiększoną; ilość ciał ksantynowych większą od ilości wydzielonego kwasu moczowego. 6) Względne zwiększenie się wydzielonych ilości związków amonowych jest nieznaczne. 7) Podczas głodzenia się zwiększa się nie tylko kwasota moczu, ale również i alkaliczność; ostatnia w późniejszych dniach nawet w większym stopniu. 8) Glikozurya występuje począwszy od 8 go dnia. *Dr. Ig. L.*

Guinon: **O wartości zwiastunowych oznak odry.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Kwiecień 1901). W krytycznym rozbiorze zwiastunów, pojawiających się w okresie wylęgania się odry, uważa autor objaw Sevestra t. zw. „palatin piqueté“, jako posiadający pewną wartość; pojawia się on jednak najczęściej

późno, a niekiedy równocześnie z wystąpieniem osutki odrowej. Meunier podał obniżenie ciężaru ciała w okresie wylęgania się odry, jako objaw patognomoniczny dla tej choroby; tu jednak natrafia się na najrozmaitsze trudności w przeprowadzeniu tych badań. Objawu Combyego (nadmierna leukocytoza w okresie wylęgania choroby) nie uważa Guinon za objaw prawdziwie kliniczny. Największego rozgłosu doznały t. zw. „stomatite erythémato-pultacée Combyego“ i t. zw. „plamy Koplika“. Pierwszy z tych objawów częściej był przez autora spostrzegany, a polega on na obrzmieniu i sinawo-czerwonem zabarwieniu policzków i dziąseł z równoczesną nadmierną wytwórczością opalizującego przyblonka, który łatwo usunąć się daje. Objaw ten pojawia się przed wystąpieniem wysypki, a jeżeli równocześnie z nią występuje, to utwierdza w rozpoznaniu odry w przypadkach wątpliwych. Od pewnego czasu jednak autor mając sposobność obserwowania kilka przypadków, podaje w wątpliwość te cechy charakterystyczne i dochodzi do wniosku, że te objawy przedwstępne mają pewne znaczenie rozpoznawcze, nie należy jednak na nich bezwzględnie polegać. Obecność objawu tego każe baczną zwracać uwagę na środki zapobiegające, których wczesnego użycia nigdy żałować nie należy. *Jan Landau.*

Romniciano: **Przypadek ciężkiej płonicy.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Kwiecień 1901 r.). U jedenastoletniego dziecka, u którego w przebiegu płonicy wystąpiły ciężkie powikłania w nosie, gardle, uszach i nerkach, zasługują na uwzględnienie następujące okoliczności: 1) Pojawienie się wypływu śluzowo-ropnego z błonami rzekomemi z nosa w siódmym dniu płonicy; 2) rozszerzenie się sprawy chorobowej na lewe oko i na uszy; 3) wypływ z nosa nie ustąpił jeszcze, gdy rozpoczął się już ropotok z uszu; 4) długi czas zdawało się, że ciemno-szare błony rzekome w gardle znikły; 5) nieżyt nosa i zapalenie gardła podtrzymywały podniesioną ciepłotę już po ustąpieniu wysypki. Łuszczenie się skóry trwało do 42-go dnia choroby; 6) piętnastego dnia choroby pojawił się krwotok z nosa; 7) wystąpiły napady mocznicy, które jednak ustąpiły szybko po wstrzyknięciu sztucznej surowicy; 8) mimo ciężkiego zakażenia nie wystąpiły objawy zrazikowego zapalenia płuc; 9) dziewiętnastego dnia pojawiła się bolesność w stawach, która ustąpiła po podaniu aspiryny; 10) gruczoły obrzękłe nie uległy zropieniu; 11) przebieg choroby zdaje się dowodzić, że wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej przyczyniło się do zwalczenia zmian w gardle i nosie; 12) trzydziestego i trzydziestego trzeciego dnia wystąpiły drgawki, trwające za pierwszym razem cztery i pół, za drugim trzy i pół godzin, poczem chory oddał obfitą ilość moczu. Były to drgawki padaczkowe, które już przed tą chorobą nawiedzały chorego.

Jan Landau.

Doc. L. Korczyński: **O wpływie istot korzennych na czynność żołądka.** Doniesienie tymczasowe. *(Wiener med. Presse* Nr. 12, 1901). Doświadczenie, wykonane na chorym z zapaleniem rdzenia pacierzowego przewlekłem, a nie uskarżającym się wcale na dolegliwości żołądkowe, wykazało, że po żadnem z próbnych dań nie stwierdzono podwyższonej kwasoty w treści żołądkowej — przeciwnie znaleziono częstokroć niższą, a przesącz nie dawał odczynu wolnego kwasu solnego; po próbie białkowej oddziaływanie treści żołądkowej było nawet obojętne. W cztery godziny po obiedzie Leubego odczyn treści był słabo kwaśny, ilość wolnego kwasu solnego była nader skąpa. Stopień kwasoty był zawsze niższy, wolny kwas solny skąpszy po stosowaniu przypraw korzennych (pieprz, chrzan, papryka), aniżeli bez stosowania; analogicznie działały korzenie na zaczyn proteolityczny. Z tego spostrzeżenia wynika, że nie można postawić ogólnej reguły, jakoby korzenie działały w każdym przypadku pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego, a tem bardziej nie jest wskazanem, by je stosowano bez wyjątku u każdego osobnika z osłabioną, względnie upośledzoną siłą wydzielniczą żołądka.

Dr. Henryk Pisek.

• • •

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya laryngologiczna.

zestawił

Dr. Franciszek Nowotny.

Rozpoznanie raka krtani. Ważności badania anatomopatologicznego w przypadkach raka krtani nie można zaprzeczyć; nie we wszystkich atoli przypadkach można z badania tego wyciągnąć wnioski, szczególnie wtedy, jeżeli wynik badania jest ujemny (B. Fränkel-Ruault). Ponieważ rak krtani z początku nie wywołuje objawów charakterystycznych, można go pomięszać z zapaleniem ochrzęstnej, brodawczakiem, gruźlicą, kiłą, mięsakiem (Schmidt). Trudność tę zwiększa jeszcze czasem występująca kombinacya raka z gruźlicą. Objawami, przemawiającymi za rakiem, są: zaburzenia w ruchomości zajętego więzadła, ograniczone przekrwienie w okolicy guza; w formach zaś brodawkowatych nowotworu — śnieżno-białe zabarwienie ostro się kończących brodawek (Semon). W wielu przypadkach trzeba mieć odwagę operować bez badania mikroskopowego.

Ślinotok na tle psychicznem. Hellat z Petersburga opisuje 4 przypadki tej choroby, w przebiegu której ciągle wydzielająca się ślina już samym chorym tak obrzydła, że nie mogli jej połykać, lecz ustawicznie ją wypluwali. Skutkiem tego było: wysychanie błony śluzowej ust, gardła, jamy nosowo-gardłowej, przewlekły nieżyt krtani, ucha środkowego, dalej cały szereg przypadów ze strony przewodu pokarmowego i układu nerwowego, mogący doprowadzić aż do choroby umysłowej. Leczenie psychiczne.

Gruźlica krtani. Vacher radzi zastrzykiwania lub pędzlowania krtani mięszaniną jodoformowo-eterową. Bernheim wskazuje na ważność rozpoznania gruźlicy krtani w samych jej początkach, a mianowicie uważać należy na gruzełki prosówkowe w przestrzeni międzynalewkowej.

Zwężenia krtani. Boulaj radzi leczyć zwężenie krtani elektrolizą.

Leczenie błoniastych zwężeń tchawicy. Pieniążek: Najczęściej spotykamy te zwężenia w przebiegu twardzieli *(scleroma)*, rzadziej kiły. W tych przypadkach idzie o błonę, zwężającą światło tchawicy, pozostawiającą w środku mały otworek, który może jeszcze być podzielony na dwa mostem łącznotkankowym. Usuwa się zwężenia te w sposób następujący: robimy tracheotomię i to górną, potem układamy chorego w pozycyi ze zwieszoną głową, wkładamy przez ranę tracheotomijną wziernik tchawiczny Pieniążka i rozrywamy błonę łyżeczką. Po operacyi zakłada się elastyczną kaniulę, której usunięcie zwykle następuje po kilku dniach. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy szkolnych.

Instytucya lekarzy szkolnych, zastosowana ze znakomitym skutkiem od dwóch dziesiątków lat w Belgii i Francyi, a rozwijająca się szybko w ostatnich latach w Niemczech, nie doświadcza dostatecznego poparcia u miarodajnych czynników w szkolnictwie austryackiem. W całej Austryi niema dotychczas nigdzie lekarzy szkolnych. Wprawdzie zorganizowano w nielicznych miastach (Opawa, Biała, Cieszyn i Lwów) stałą opiekę lekarską dla młodzieży szkół miejskich, powierzając ją lekarzom miejskim: lecz liczba miast tych jest nieznaczną (w Galicyi tylko 2) tak, że tego postępu w porównaniu do stanu dawniejszego w tych miastach nie można uważać za załatwienie sprawy i lekarzy szkolnych. Na tę nazwę nie zasługuje lekarz miejski, obarczony licznymi obowiązkami swego urzędu, a bardzo często licho wynagradzany. Wobec szczególnych warunków, jakie znajdują się w szkole, nadzór nad higieną budynku szkolnego, zdrowiem młodzieży i higiena nauki wymaga nietylko wiadomości specyalnych, których nie daje ani praktyka lekarska, ani zawód lekarza urzędowego; wymaga nadto czasu i pewnego poświęcenia się szkolnictwu, czego żądać niepodobna od lekarza, obarczonego pracą w wielu innych kierunkach higieny publicznej, szczególnie przy małem wynagrodzeniu. Od tego typu lekarza szkolnego w szkołach miejskich, jaki zaprowadzono w powyżej przytoczonych miastach, nie można się spodziewać tego postępu w poprawie warunków zdrowotnych w szkole, jakiego ze względu na znaczenie higieny w wieku młodym życzyć sobie należy.

Jeżeli w niektórych miastach dostrzedz można pewne usiłowania w kierunku zabezpieczenia stałej opieki lekarskiej dla młodzieży szkół miejskich, to ze strony szkolnictwa, pozostającego pod zarządem władzy państwowej (szkoły średnie) prawie nic o tem nie słychać. Słu-

szność każe jednak zaznaczyć, że w Galicyi krajowa Rada szkolna okazuje więcej dobrej woli około sprawy wprowadzenia lekarzy do szkół, aniżeli to można zauważyć w innych krajach koronnych. Wniosek rektora Zakrzewskiego, zgłoszony w Sejmie r. 1891, przedstawienia nieistniejącego już „Towarzystwa opieki zdrowia“ do krajowej Rady szkolnej (referat prof. Cybulskiego) w sprawie lekarzy szkolnych, wniesione w r. 1891, oraz wniosek sejmowy rektora Kadyja z r. 1899 sprawiły, że kilka posad nauczycieli gimnastyki w szkołach średnich powierzyła kraj. Rada szkolna ukwalifikowanym lekarzom. Obecnie 5 lekarzy zajmuje w galicyjskich szkołach średnich posady lekarzy szkolnych. Stanowisko i obowiązki tych nauczycieli gimnastyki, a zarazem lekarzy, odbiega jednak bardzo od pojęcia, jakie się łączy z nazwą lekarza szkolnego. Z wyjątkiem tych rzadkich przypadków, gdy uczeń zachoruje w czasie ćwiczeń gimnastycznych lub innych godzin nauki szkolnej, albo zachowaniem się nieprawidłowem zdradza jakieś zboczenia w ustroju, lekarz-gimnastyk uczniów tych nie bada, gdyż do stałej opieki lekarskiej nad młodzieżą nie jest on przez władzę powołany i nie powierzono mu nadzoru nad higieną budynku i nauki szkolnej, a to przecież winno być najważniejszym obowiązkiem lekarza w szkole. Wiadomości lekarskie tych nauczycieli gimnastyki nie są dostatecznie wyzyskane; funkcye nauczycielskie, jakie im powierzono, spełniaćby mogli z tym samym prawie skutkiem dobrze ukwalifikowani gimnastycy nielekarze. Aby ćwiczenia fizyczne dodatnio wpływały na rozwój i zdrowie młodzieży, nie potrzeba koniecznie, by niemi kierował lekarz, on winien być tylko stałym i dozorującym doradcą nauczyciela gimnastyki. Twierdzić zatem można, że pożytek dla zdrowia młodzieży, wynikający z ustanowienia tych kilku posad lekarzy-gimnastyków w szkołach, do których należą, jest jeszcze mniejszy, aniżeli z lekarzy miejskich, a zarazem i szkolnych, bo tym powierzono cały prawie zakres higieny szkolnej, który nie należy do zakresu obowiązków lekarza-gimnastyka.

W marcu b. r. wygłosił Dr. Leonard Bier w krakowskiem Kole nauczycieli szkół wyższych odczyt p. t. „Lekarz w szkole,“ w którym po przedstawieniu historycznego rozwoju tej sprawy, omówił zakres działalności lekarza w szkole na podstawie instrukcyj, obowiązujących w rozmaitych państwach i miastach, a zarazem wskazał, w jakim kierunku sprawa lekarzy szkolnych rozwijać się winna w przyszłości. Po rozprawach uchwalono wybrać komisyę,*) któraby nakreśliła dokładnie obowiązki lekarza szkolnego w galicyjskich szkołach, ująwszy je w instrukcye, określiła stanowisko lekarza w szkole i przedstawiła wnioski co do wysokości wynagrodzenia. Referat ten służyć ma jako przedmiot do dyskusyi na tegorocznem walnem zebraniu Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, a później przedstawiony kraj. Radzie szkolnej.

Referat ten ułożony przez wspomnianą komisyę ogłaszamy w „Przeglądzie Lekarskim“ w nadziei wywołania dyskusyi w szerszem kole kolegów. (C. d. n.).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 kwietnia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego odbyły się odczyty: kol. prof. Bujwida »O badaniach mleka krakowskiego na gruźlicę« i kol. Dr. Schwarza: »Przyczynek do nauki o chorobach wenerycznych na podstawie statystyki z dziesięciu lat.« Oba odczyty wywołały ożywione rozprawy.

* Z XXVIII-go Sprawozdania Towarzyst. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dowiadujemy się, że w r. 1900 leczono w szpitalu św. Ludwika chorych stałych 1299, przychodnich 4712. Operacyj dokonano 226, założono opatrunków 35. Na błonicę leczono osób 206 (zamiejscowych 71.9%); u wszystkich tych dzieci stosowano surowicę przeciwbłoniczą z zakładu prof. Bujwida i spotrzebowano jej flakonów 443. Śmiertelność z błonicy wynosiła 14,5%, pomimo wliczenia do tej statystyki i tych chorych, którzy przybyli w okresie późnym i stanie zaniedbanym, nie nadającym się do leczenia surowicą.

Ogólna roczna śmiertelność ze wszystkich 4-ch oddziałów wynosiła w roku sprawozdawczym 15.4%.

Do kolonii leczniczej w Rabce w r. 1900 wysłano 94 dzieci zołzowatych; wynik leczenia zdrojowego tych dzieci był bardzo pomyślny.

* *Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące ogłoszenie:*

»Dla członków Towarzystwa Samopomocy lekarzy udziela właściciel zakładu wodoleczniczego w Bystrej obok Bielska, Dr. Ludwik Jekeles, w miesiącach: maju, czerwcu i wrześniu 35%, zaś w lipcu i sierpniu, 25% zniżki od cen pensyonatowych, prosząc równocześnie Wydział Towarzystwa o podanie tego do wiadomości kolegów-członków.

Uprasza się wszystkie dzienniki krajowe o łaskawe powtórzenie niniejszej korespondencyi.«

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy
Dr. Langie, sekretarz.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Gustaw Pretzel.

* Dr. E Krzyżanowski z Buczacza donosi, że na tablicę pamiątkową dla śp. prof. Borysikiewicza w dalszym ciągu na jego ręce złożyli: Dr. Kamocki 50 kor., Dr. Gepner 50 kor., prof. G. Ziembicki 10 kor, Dr. Z. Kramsztyk 10 kor — Kwota ogólna do tej pory wynosi 420 kor.

* Dr Jarnatowski, lekarz chorób ocznych, mianowany został przez magistrat okulistą całego obwodu miasta Poznania.

* Broszura Dr. Rösego: »Jak pielęgnować zęby i usta,« wyszła w Warszawie w polskim przekładzie dentysty Kleina.

* Komitet gospodarczy III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich zawiadamia, że ci lekarze polscy, którzy życzyliby wziąść udział w Zjeździe, a nie dostali jeszcze zaproszenia, powinni się zgłosić do prof. Wicherkiewicza, prezesa Komitetu polskiego dla obesłania Zjazdu czeskiego.

Jednocześnie Komitet gospodarczy wzywa członków Zjazdu, aby się nie ociągali ze zgłaszaniem odczytów. W sprawie tej należy adresować: Doc. Dr Antoni Veselý. Praha I. Nabřeži, 14.

* Ministerstwo wyznań i oświaty wyznaczyło 2000 koron zapomogi na urządzenie III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich.

* Bawarskie ministeryum spraw wewnętrz. zarządziło ostateczne ujednostajnienie w mierzeniu ciepłoty, a to przez zupełne wyrugowanie skali Réaumura, a zaprowadzenie tylko jednej z podziałką Celsiusza.

* Prof. R. Koch został wysłany przez władzę pruską na Górny Szląsk dla objechania miejscowości, nawiedzanych przez choroby zakaźne.

* Władze pruskie wydały rozporządzenie do kierowników szkół, ażeby między godzinami lekcyjnemi zaprowadzili pauzy. Szczegóły tego zarządzenia niemal w zupełności są takie same, jak w szkołach naszych.

* Ostatni (13) numer »Wracza« cały został poświęcony pamięci prof. Manasseina, niedawno zmarłego redaktora tego czasopisma.

* Sądząc z uwag w lekar. dziennikach niemieckich, nowa taryfa należytości dla lekarzy znawców w postępowaniu karnem nie wywołała zapału na całym obszarze Austryi. Wprawdzie punkt wyjścia przy ocenianiu należytości stanowi istotny postęp teoretyczny, lecz zachodzi wątpliwość, czy sąd, który ma rozstrzygać do jakiej kategoryi skali taryfowej zaliczyć się ma ta lub owa czynność sądowo-lekarska lekarza, będzie mógł, jako obcy zawodowi lekarskiemu, uniknąć grubych pomyłek i ustrzedz się od orzeczeń podmiotowych. W każdym razie taryfa nowa nie stoi w prostym stosunku do dziś istniejących cen na pierwsze potrzeby życia i do stopy podniesionych w ostatnich latach dochodów w całej organizacyi urzędniczej.

* Stosunek bezpośredni Anglii z południową Afryką, gdzie jak wiadomo grasuje epidemia moru, wywołał ze strony zarządu miasta Londynu środki przygotowawcze na odparcie zarazy. Władza miejska

*) W skład komisyi weszli pp. prof. Kunz, prof. Kurpiel, prof. Magiera, jako pedagodzy; a z lekarzy koledzy: Dr. Borzęcki, Dr. Żydłowicz i Dr. Bier.

wyznaczyła 50,000 funtów szterl. na urządzenie czterech budowli dla czasowego odosobnienia osób, które stykały się z chorymi zapowietrzonymi, a prócz tego na miejscu oddalonem staną baraki na 600 łóżek, przeznaczone dla chorych na mór.

* Dnia 10 września odbędzie się w Amsterdamie II-gi międzynarodowy Kongres dla sprawy ubezpieczeń lekarzy.

* Prof. Brouardel zamierza ustąpić ze stanowiska dziekana paryskiego Wydziału lekar., które 20 lat z rzędu zajmował. Do postąpienia tego zniewoliły Brouardela najnowsze mianowania kierowników kliniki ginekologicznej i pedyatrycznej, ponoś nie odpowiadające interesom nauki i nauczania.

Mianowania i odznaczenia. Profesorami nadzwycz. mianowani zostali docenci: Krönig i Menge w Lipsku i Kromayer — w Halli; Buchholz — w Marburgu. Dr. Fedor Krause, chirurg, mianowany został nadzw. profesorem w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aureli Plech, Radca cesarski, b. lekarz wojskowy i powiatowy, radca miasta Jarosławia, zmarł 19 b. m. w 72 r. życia. Prof. Gosse zmarł w Genewie. Były prof. chirurgii Dr. Dunlop — w Glasgowie. Dr. Barwiński, właściciel zakładu wodoleczniczego w Elgersburg. Prof. Kohlstock zmarł na dur; należał do wyprawy azyatyckiej.

Bibliografia.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 4: Sterling: O kilku przypadkach influenzy sercowej. Arnstein: Przyczynek do etyologii wad zastawkowych serca. Grodecki: Przypadek krwiomoczu wskutek urazu.

— *Zdrowie* Nr. 4: Gałecki: Odpływ wód ściekowych i deszczowych w Łodzi. Biernacki: Wodociągi lubelskie. Szrajber: Woda na wsi. Janowski: Dżuma.

— *Medycyna* Nr. 16: Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu (c. d.). Bregmann: Spastyczne zwężenie przełyku i padaczka odruchowa (dok.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 16: Malewski: 51 przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych przez lekarzy w zakładzie Nałęczowskim. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy (dok.). Bernhardt: W kwestyi patogenezy swierzbiączki (dok).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 16: Weigner: Poměr nervi accessorii a prvých spinalnich nervů (c. d.). Jaklin. 41 laparotomie (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 30: Garnier i Lardennois: Zropienie nerki po durze. Grégoire: Fizyologia gruczołu tarczykowego. Froin: Leczenie dławca. Nr. 31: Labbé: Mniemana gorączka gruczołowa. Invara: Technika przykrócania więzów macicznych drogą pachwinową.

— *La Semaine médicale* Nr. 14: Lepine: Lewoluzurya popokarmowa i jej stosunek do chorób wątroby.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 16: Sternberg: O kamieniach nerkowych ze stanowiska klinicznego, zwłaszcza o objawach żołądkowo-jelitowych przez nie wywoływanych. Piffl: Przypadek wyleczenia drogą operacyjną ropnia mózgowego, powstałego w przebiegu zapalenia ucha środkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 16: Hegener. Przyczynek do nauki o ostrem surowiczem zapaleniu opon mózgowych. Klebs: Leczenie gruźlicy. Oppenheimer. Przyczynek do teoryi fermentacyi. Hönigsberger: Leczenie krzywicy nadnerczyną. Huismans: O chorobie Addisona. Steinhardt: O płókaniu żołądka u dzieci. Salfeld: Leczenie dny kwasem chininowym. Hornung. Leczenie dławcowego zapalenia płuc.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16: Schmidt: Przyczynek do nauki o nerwicach serca. Mayer: O niezupełnem utlenianiu się cukru w ustroju. Roos: Białko roślinne, jako środek spożywczy. Arneth: Rzadki przypadek histeryi. Schwarz: W sprawie powstawania acetonu z białka jajowego. Waldvogel: O oznaczaniu punktu zamarzania krwi w durze brzusznym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12: Dührsen: Zachowawcze leczenie guzów ropnych przydatków macicy oraz leczenie ich stanów następowych przez nacięcie pochwowe. Koranyi: Uwagi o zużytkowaniu rozpoznawczej wartości punktu zamarzania krwi. Lewy: Przypadek raka żołądka z niezwykłym przebiegiem. Elsner: Pluskanie w brzuchu i zwiotczenie (atonia). Westphalen: O t. zw. błoniastem zapaleniu kiszek (dok.)

Nowe książki.

Goldscheider i Jacob. Handbuch der physikalischen Therapie (Thieme, Lipsk). Dzieło zbiorowe najlepszych sił autorskich w Niemczech i Austryi. Bardeleben i Haeckel: Atlas der Topographischen Anatomie des Menschen. Cena 20 marek. Lipowski: Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten. Berlin. Cena 4 marki.

Redakcya otrzymała:

Freund: Zur Anatomie und Klinik der Narbengeschwülste. Dwudzieste ósme sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie. Protokoły Turkestanskaho medicinskaho obszczestwa. Wicherkiewicz: 1) Narośle złośliwe rogówki. 2) Une nouvelle opération d'épicanthus. 3) Przyczynek do dnawych zachorzeń oka. 4) Przypadek prawdziwej dyfteryi spojówki o lekkim przebiegu i kilka uwag o znaczeniu bakteryologicznego rozpoznawania dyfteryi. 5) Aspiryna w okulistyce. 6) Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki u noworodków. 7) Przypadek zapalenia błoniastego u osoby dorosłej. 8) Skrzydlik bliźniaczy. 9) Przetoki rogówkowo-twardówkowe po operacyi zaćmy powstałe. 10) Zur operativen Technik des Ectropion des Unterlides. 11) Weiterer Beitrag zur Protargolwirkung in der Augentherapie. 12) Wspomnienia z IX międzynarodowego Kongresu okulistycznego w Utrechcie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 1go maja, o godz. 6-tej wieczorem, w ***klinice chirurgicznej***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader mówić będzie: „O znieczulaniu metodą Corning-Biera,“ poczem przedstawi kilka rzadszych przypadków, przez siebie operowanych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**